



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 12616237

50A

ADMISION: 29/10/2022 18:38		INICIO DE ATENCION: 29/10/2022 19:07		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																														
NOMBRE: FLORENCIA NAIDA SALAZAR VENEGAS		RUT: 23831756 - 8	TELEFONO: 99778961 (CELULAR)																															
DIRECCION: HUADA 945		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																															
EDAD: 10 años 10 meses 2 dias (27/12/2011)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A (PRAIS)																															
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>29/10/2022 18:38</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>38.2 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>129 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>100 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	29/10/2022 18:38	Temperatura Axilar:	38.2 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	129 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	100 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	SI - NO	SI - NO
Hora :	29/10/2022 18:38																																	
Temperatura Axilar:	38.2 [°C]																																	
Temperatura Rectal:																																		
Presión Sistólica:																																		
Presión Diastólica:																																		
Frecuencia Cardiaca:	129 ['x]																																	
Frecuencia Respiratoria:																																		
Saturometría:	100 [%]																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																		
Hemoglucotest:																																		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:																																		
Distresado:	SI - NO	SI - NO																																
Motivo de Consulta REFIERE TOS, CONGESTION NASAL Y ALZA DE TEMPERATURA																																		
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td></tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Odontólogo	<input type="checkbox"/> Matrón(a)	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																							
<input checked="" type="checkbox"/> Médico																																		
<input type="checkbox"/> Odontólogo																																		
<input type="checkbox"/> Matrón(a)																																		
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																		
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																		
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																		
Tipo de Consulta : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA																																		
Origen de la Procedencia DOMICILIO Otros Datos * NINGUNO																																		
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input type="checkbox"/> Accidente escolar <input type="checkbox"/> Accidente doméstico <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Riña <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Otro </td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro </td> <td> DIA MES AÑO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td>: <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora aproximada del hecho	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input type="checkbox"/> Accidente escolar <input type="checkbox"/> Accidente doméstico <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Riña <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA MES AÑO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>																					
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora aproximada del hecho																															
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input type="checkbox"/> Accidente escolar <input type="checkbox"/> Accidente doméstico <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Riña <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA MES AÑO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>																															
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td></tr> </table>						<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones	<input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)	<input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)	<input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)	<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios																								
<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones																																		
<input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)																																		
<input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)																																		
<input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)																																		
<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios																																		
Diagnóstico (DAU Nº 12616237) J00X : (En estudio) RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)																																		
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4																																		
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																		
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control																																		
Categorización Cierre Atención C5																																		
Indicaciones al alta REPOSO RELATIVO RÉGIMEN LIVIANO + HIDRATACIÓN PARACETAMOL 1 COMP 500 MG C/8H VO X 3 DÍAS DICLOFENAC COMP 50 MG CADA 8 HORAS POR 3 DIAS CLORFENAMINA 1 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS PREDNISONA COMP 5 MG CADA 12 HORAS POR 3 DIAS JARABE DE BROMHEXINA 10 CC CADA 8 HORAS POR 3 DIAS JARABE DE PROPOLEO MIEL 10 CC CADA 8 HORAS POR 3 DIAS CONTROL EN CONSULTORIO EN CASO DE PERSISTIR SÍNTOMAS CONSULTAR URGENCIAS SOS																																		
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12616237) <p style="text-align: right;"><i>Henry E. Ainslie M.A. MEDICO AP.S 26984566-K</i></p>																																		
HENRY ERIC AINSLIE MATA MEDICO AP.S 26984566-K																																		

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.

La Hipótesis diagnóstica o diagnóstico es provisoria, pues puede sufrir alteraciones debido a la evolución de la condición del consultante, si las molestias persisten o aumentan, debe recurrir de inmediato a la atención médica.