



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR CHOL CHOL

NUMERO DE ATENCION: 14635603

BoB

ADMISION: 22/07/2024 10:53	INICIO DE ATENCION: 22/07/2024 11:43	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: ANTONELLA ANDREA ANDRADE TOLEDO RUT: 23481110 - K		TELEFONO: 78438244 (CELULAR)																													
DIRECCION: SECTOR LOS LINGUES COMUNA: CUNCO EDAD: 13 años 8 meses 20 dias (02/11/2010)		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A																													
SIGNOS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>22/07/2024 10:54</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.7 [°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>76 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometria:</td><td>100 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucoset:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDT):</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 :	22/07/2024 10:54	Temperatura Axilar:	36.7 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	76 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometria:	100 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucoset:		Estado de Conciencia (AVDT):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	SI - NO	SI - NO
Hora :	22/07/2024 10:54																														
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]																														
Temperatura Rectal:																															
Presión Sistólica:																															
Presión Diastólica:																															
Frecuencia Cardiaca:	76 ['x]																														
Frecuencia Respiratoria:																															
Saturometria:	100 [%]																														
Latidos Cardio - Fetales:																															
Hemoglucoset:																															
Estado de Conciencia (AVDT):	ALERTA	A - V - D - I																													
Dolor, EVA:																															
Distresado:	SI - NO	SI - NO																													
Motivo de Consulta ODINOFAGIA, CONGESTION NASAL, TOS SECA 3 DIAS DE EVOLUCION, FIEBRE DURANTE LA NOCHE																															
Observaciones Categorización ODINOFAGIA, CONGESTION NASAL, TOS SECA 3 DIAS DE EVOLUCION, FIEBRE DURANTE LA NOCHE																															
Funcionario Que Atiende <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(e) <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> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> </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"/> Rifa <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami </td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Contante <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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro </td> <td> <table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> <td>Hora aproximada del hecho :</td> </tr> </table>			Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha 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"/> Rifa <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Contante <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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho :																
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha 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"/> Rifa <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Contante <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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho :																						
DIA	MES	AÑO																													
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <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 14635603) 300X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)																															
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C5																															
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																															
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación: Sin Hospitalización: Información.																															
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C5																															
Indicaciones al alta PARACETAMOL 1 CADA 8H POR 3 DIAS DESLORATADINA 1 CADA 12H POR 3 DIAS BUENA HIDRATACION EVITAR CAMBIOS DE TEMP SOS URGENCIA REPOSO 4 DIAS																															
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14635603) VICTOR ALFONZO ESPIN RIVERO MEDICO APS 26342403-4																															

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.