

IB



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR PERQUENCO

NUMERO DE ATENCION: 14666451

ADMISION: 01/08/2024 11:17		INICIO DE ATENCION: 01/08/2024 11:26		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: KATHALINA GINETTE GUZMÁN ZAMBRANO RUT: 23249483 - 2		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE		TELÉFONO: 90043817 (CELULAR)																													
DIRECCION: CALLE CARRERA N° 785 COMUNA: PERQUENCO EDAD: 14 años 5 meses 24 dias (08/02/2010)		DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - B																													
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>01/08/2024 11:18</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.2 [°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>75 [x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>96 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardíacos Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	01/08/2024 11:18	Temperatura Axilar:	36.2 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	75 [x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	96 [%]	Latidos Cardíacos Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	Dolor, EVA:		Distresado:	SI - NO		SI - NO
Hora :	01/08/2024 11:18																																
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:																																	
Presión Diastólica:																																	
Frecuencia Cardiaca:	75 [x]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometría:	96 [%]																																
Latidos Cardíacos Fetales:																																	
Hemoglucotest:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:																																	
Distresado:	SI - NO																																
	SI - NO																																
Motivo de Consulta <input type="checkbox"/> RESFRIO																																	
Observaciones Categorización <input type="checkbox"/> SIN INFORMACIÓN																																	
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/> Médico</td><td colspan="2">Tipo de Consulta : INFANTIL</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td><td colspan="2">Atención Manifestación Social: NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td><td colspan="2">Tipo de Paciente: NO APLICA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td><td colspan="2"></td></tr> </table>						<input type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL		<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO		<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA		<input type="checkbox"/> Enfermero(a)			<input checked="" type="checkbox"/> Técnico Paramédico			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo												
<input type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																																
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																																
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																	
<input checked="" type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																	
Origen de la Procedencia <input type="checkbox"/> DOMICILIO																																	
Otros Datos <input type="checkbox"/> * NINGUNO																																	
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td colspan="3">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"/> Riña <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"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> <td>Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td>:</td></tr> </table> </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"/> Riña <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"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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	Hora aproximada del hecho	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td>:</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"/> Riña <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"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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	Hora aproximada del hecho																												
<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td>:</td></tr> </table>									:																								
			:																														
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"/> Grava (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"/> Grava (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"/> Grava (30 días o más)																																	
<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios																																	
Diagnóstico (DAU Nº 14666451) 100X : (En estudio) RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)																																	
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> CS																																	
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																	
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación <input type="checkbox"/> Sin Hospitalización <input type="checkbox"/> Información.																																	
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> CS																																	
Procedimientos e indicaciones en box CSV																																	
Indicaciones al alta -PARACETAMOL 500MG 1 COMP CADA 8 HRS X 3 DIAS -IBUPROFENO 400MG 1 COMP CADA 8 HRS X 3 DIAS -CLOREFAMINA 1 X NOCHE X 3 NOCHES -BEBER ABUNDANTES LIQUIDOS -REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DIAS -EVITAR CAMBIOS DE TEMPERATURA -SI SINTOMATOLOGIA PERSISTE, MEDIR HORA A MEDICO EN POLICLINICO -RECONSULTAR SOS																																	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14666451) BIANCA ANTONELLA RUIZ VIVEROS TECNICO PARAMEDICO 19248100-7																																	

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.