

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 16172469

PJB

ADMISION: 30/10/2025 03:11		INICIO DE ATENCION: 30/10/2025 03:35		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: ISIDORA ANGELICA VASQUEZ PINCHEIRA		RUT :	23404612 - 8	TELEFONO:	45570777 (CELULAR)				
DIRECCION: RUTA S532 CAMINO LICANKO KM.1 COMUNA: PADRE LAS CASAS EDAD: 15 años 2 meses 13 dias (17/08/2010)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - A				
SIGNS VITALES									
Hora :	30/10/2025 03:15	30/10/2025 03:35							
Temperatura Axilar:	37.1 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	104 [x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometria:	100 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA							
Dolor, EVA:	3 [x]								
Distresado:	NO	SI - NO							
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES									
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"/> VVS <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									
<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 N° 16172469)									
H669 : (En estudio) OTITIS MEDIA (AGUDA)									
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: <input type="checkbox"/> Sí Indicación: Información. Hospitalización:									
Procedimientos e indicaciones en box									
Indicaciones al alta REPOSO RELATIVO RÉGIMEN LIVIANO + HIDRATACIÓN AMOXICILINA 500 MG CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS IBUPROFENO TAB 400 MG CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS									
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16172469) HENRY ERIC AINSLIE MATA MEDICO APS 26984566-K									