

6B



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 12684478

| ADMISSION: 15/11/2022 17:09 | | INICIO DE ATENCION: 15/11/2022 18:37 | | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------------|--|---|--|--|--|-----|------------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|--|--|---|--|--|--|------------------------------------|--|--------------------------|--|---|---------------|--------|--|--|--|--|-----------------------------------|------------------------------------|--|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--|--|--|-------------------------------|--|--|---|-------------------------------|--|-------------|--|---------|--|--|-------------------------------|--|--|--|
| NOMBRE: TRINIDAD EMILIA PAVEZ SANDOVAL | | RUT: | 23557306 - 7 | TELEFONO: | 58798817 (CELULAR) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIRECCION: CALLE LLUTAY N° 1832, VILLA EL SALITRE, PEDRO DE VALDIVIA | | PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: | NINGUNO | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDAD: 11 años 9 meses 11 dias (04/02/2011) | | SEXO (GÉNERO): | MUJER (FEMENINO) | PREVISION: | FONASA - B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNOS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td colspan="2">15/11/2022 17:44</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td colspan="2">37.5 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td colspan="2">147 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td colspan="2">96 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td><td>SI - NO</td><td colspan="3"></td></tr> </table> | | | | | | Hora : | 15/11/2022 17:44 | | Temperatura Axilar: | 37.5 [°C] | | Temperatura Rectal: | | | Presión Sistólica: | | | Presión Diastólica: | | | Frecuencia Cardiaca: | 147 ['x] | | Frecuencia Respiratoria: | | | Saturometría: | 96 [%] | | Latidos Cardio - Fetales: | | | Hemoglucotest: | | | Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | A - V - D - I | | | | Dolor, EVA: | | | | | | Distresado: | SI - NO | SI - NO | | | | | | |
| Hora : | 15/11/2022 17:44 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Temperatura Axilar: | 37.5 [°C] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presión Sistólica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presión Diastólica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frecuencia Cardiaca: | 147 ['x] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frecuencia Respiratoria: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Saturometría: | 96 [%] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hemoglucotest: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | A - V - D - I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dolor, EVA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Distresado: | SI - NO | SI - NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Motivo de Consulta REF: FIEBRE(38.8°), DECAIMIENTO, DOLOR DE CABEZA, NAUSEAS DESDE HOY | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Funcionario Que Atiende <table> <tr><td><input checked="" 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 type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td><td colspan="2"></td></tr> </table> | | | | | | <input checked="" 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 type="checkbox"/> Técnico Paramédico | | | <input type="checkbox"/> Kinesiólogo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" 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 type="checkbox"/> Técnico Paramédico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Kinesiólogo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Origen de la Procedencia DOMICILIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros Datos * NINGUNO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table> <thead> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> </tr> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente de tránsito</td> <td><input type="checkbox"/> Contundente</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente laboral</td> <td><input type="checkbox"/> Cortante</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente escolar</td> <td><input type="checkbox"/> Puntzante</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente doméstico</td> <td><input type="checkbox"/> Corto-punzante</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública</td> <td><input type="checkbox"/> Arma de Fuego</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agresión</td> <td><input type="checkbox"/> Explosión</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Riña</td> <td><input type="checkbox"/> Calor</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar</td> <td><input type="checkbox"/> Frio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mordedura de perro</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agresión sexual</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | Naturaleza del Hecho | Elemento Causante | Fecha Aproximada del Hecho | DIA | MES | AÑO | Hora aproximada del hecho | <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito | <input type="checkbox"/> Contundente | | | <input type="checkbox"/> Accidente laboral | <input type="checkbox"/> Cortante | | | <input type="checkbox"/> Accidente escolar | <input type="checkbox"/> Puntzante | | | <input type="checkbox"/> Accidente doméstico | <input type="checkbox"/> Corto-punzante | | | <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública | <input type="checkbox"/> Arma de Fuego | | | <input type="checkbox"/> Agresión | <input type="checkbox"/> Explosión | | | <input type="checkbox"/> Riña | <input type="checkbox"/> Calor | | | <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar | <input type="checkbox"/> Frio | | | <input type="checkbox"/> Mordedura de perro | <input type="checkbox"/> Otro | | | <input type="checkbox"/> Agresión sexual | | | | <input type="checkbox"/> Otro | | | |
| Naturaleza del Hecho | Elemento Causante | Fecha Aproximada del Hecho | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIA | MES | AÑO | Hora aproximada del hecho | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito | <input type="checkbox"/> Contundente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidente laboral | <input type="checkbox"/> Cortante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidente escolar | <input type="checkbox"/> Puntzante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidente doméstico | <input type="checkbox"/> Corto-punzante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública | <input type="checkbox"/> Arma de Fuego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Agresión | <input type="checkbox"/> Explosión | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Riña | <input type="checkbox"/> Calor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar | <input type="checkbox"/> Frio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Mordedura de perro | <input type="checkbox"/> Otro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Agresión sexual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table> <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 12684478) J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="text" value="C5"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Destino Inmediato del Paciente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Categorización Cierre Atención <input type="text" value="C5"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procedimientos e indicaciones en box ANTIGENO SARS COV 2 : NEGATIVO DICLOFENACO 75 MG IM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indicaciones al alta ABUNDANTE LIQUIDO REPOSO TOTAL ESTA SEMANA, NO PUEDE ASISTIR A ACTIVIDADES ESCOLARES REGIMEN LIVIANO EN CASO DE PERSISTIR CON SINTOMAS TOMAR PCR SARS COV 2 PARACETAMOL 500 MG 2 CADA 8 HRS X 2 DIAS IBUPROFENO 400 MG 1 CADA 12 HRS X 3 DIAS CLORFENAMINA 4 MG 1 EN LA NOCHE X 5 DIAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12684478) MARCELA PAOLA ARMAZA SALVATICI MEDICO APS 18165173-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |