

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 14898982

7^{oA}

ADMISSION: 08/10/2024 00:17		INICIO DE ATENCION: 08/10/2024 02:02		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: AYLIN CARLA ARAVENA FUENTES		RUT : 23721600 - 8	TELEFONO: 74152802 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE LLAFENCO KM 15 COMUNA: PUCON EDAD: 14 años 9 meses 7 dias (01/01/2010)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): NINGUNO		
		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: EJERCITO (CAPREDENA)		
SIGNS VITALES					
Hora :	08/10/2024 00:45				
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	112 [mmHg]				
Presión Diastólica:	80 [mmHg]				
Frecuencia Cardiaca:	92 ['x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometria:	97 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
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"/> 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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho
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° 14898982) S051 : CONTUSION OCULAR 3209 : (En estudio) BRONQUITIS 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 Indicación Sin Hospitalización Información.					
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C5					
Indicaciones al alta IBUPROFENO 1C/8 GHX 3D PREDNISONA 1C/24 HX 5D AEROCAMARA ADULTO SALBUTAMOL 2 PUFF C/4 H X 7D ACUDIR A POLI OFTALMOLOGIA-HOSP VIEJO DE LAUTARO 24-48H SOS URGENCIA					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14898982) RICARDO JOSE BUITRAGO HOLMQUIST MEDICO APS 25844296-2 Dr. Ricardo José Buitrago Holmquist Medicina General RUT: 25844296-2 <i>Ricardo Buitrago Holmquist</i>					

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.