



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 14898982

7-A  
✓

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 LLAFCN KM 15		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):								
COMUNA: PUCON		DECLARADO:	PREVISION: EJERCITO (CAPREDENA)								
EDAD: 14 años 9 meses 7 días (01/01/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)									
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Hora:	08/10/2024 00:45										
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:	112 [mmHg]										
Presión Diastólica:	80 [mmHg]										
Frecuencia Cardíaca:	92 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	97 [%]										
Latidos Cardíaco - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	NO	SI - NO									
<b>Motivo de Consulta</b>											
MADRE REF: DOLOR OJO DERECHO EL PECHO CABEZA .											
<b>Observaciones Categorización</b>											
MADRE REF: DOLOR OJO DERECHO EL PECHO CABEZA .											
<b>Funcionario Que Atiende</b>											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matrón(a)											
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)											
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico											
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo											
Tipo de Consulta : INFANTIL											
Atención Manifestación Social: NO											
Tipo de Paciente: NO APLICA											
<b>Origen de la Procedencia</b>											
DOMICILIO											
<b>Otros Datos</b>											
* NINGUNO											
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>											
<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>		<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<table border="1"><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><th colspan="2">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td></td><td>:</td></tr></table>		Hora aproximada del hecho			:		
Hora aproximada del hecho											
	:										
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante									
<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"/> Frío									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro									
<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											
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>											
<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											
<b>Diagnóstico (DAU N° 14898982)</b>											
S051 : CONTUSION OCULAR											
J209 : (En estudio) BRONQUITIS AGUDA											
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>											
C5											
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>											
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo											
<input type="checkbox"/> Fallecido											
<b>Destino Inmediato del Paciente</b>											
Alta domicilio											
Sin control											
Destino:											
Fecha de Indicación Sin											
Hospitalización: Información.											
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>											
NO											
<b>Indicaciones al alta</b>											
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											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14898982)</b>											
RICARDO JOSE BUITRAGO HOLMQUIST											
MEDICO APS											
25844296-2											
Dr. Ricardo José Buitrago Holmquist											
Medicina General											
RUT: 25.844.296-2											
Reposo 4d											

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.