



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 14518829

5B.

ADMISION: 06/06/2024 19:00		INICIO DE ATENCION: 06/06/2024 22:12		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																								
NOMBRE: EMILIA ANTONIA FIGUEROA GAJARDO		RUT : 24369716 - 6		TELEFONO: 50138668 (CELULAR)																																								
DIRECCION: CALLE LOS FICUS N° 1481, PULMAHUE COMUNA: PADRE LAS CASAS		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																								
EDAD: 10 años 9 meses 13 dias (24/08/2013)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - D																																								
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td colspan="2">06/06/2024 19:44</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td colspan="2">37.1 [°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">83 [x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td colspan="2">100 [%]</td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td colspan="2"></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></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	06/06/2024 19:44		Temperatura Axilar:	37.1 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	83 [x]		Frecuencia Respiratoria:	100 [%]		Saturometría:			Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	06/06/2024 19:44																																											
Temperatura Axilar:	37.1 [°C]																																											
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:																																												
Presión Diastólica:																																												
Frecuencia Cardiaca:	83 [x]																																											
Frecuencia Respiratoria:	100 [%]																																											
Saturometría:																																												
Latidos Cardio - Fetales:																																												
Hemoglucotest:																																												
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																										
Dolor, EVA:																																												
Distresado:	NO	SI - NO																																										
<b>Motivo de Consulta</b> MADRE REFIERE DOLOR DE GARGANTA, DECAIMIENTO.																																												
<b>Observaciones Categorización</b> MADRE REFIERE DOLOR DE GARGANTA, DECAIMIENTO.																																												
<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																																												
<b>Tipo de Consulta</b> : 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> <table border="1"> <tr> <td><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td><b>Elemento Causante</b></td> <td><b>Fecha Aproximada del Hecho</b></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"/> Frio  <input type="checkbox"/> Otro         </td> <td> <table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>   <b>Hora aproximada del hecho</b>            :         </td> </tr> </table>						<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>	<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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b> :	DIA	MES	AÑO																														
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>																																										
<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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b> :	DIA	MES	AÑO																																							
DIA	MES	AÑO																																										
<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° 14518829)</b> <b>3069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA</b>																																												
<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>Categorización Cierre Atención</b> C5																																												
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>																																												
<b>Indicaciones al alta</b> <p>REPOSO ESCOLAR POR 48 HRS PARA VIGILANCIA EN DOMICILIO            REPOSO RELATIVO CON MEDIDAS PARA PREVENIR CONTAGIO UTILIZANDO MASCARILLA            RÉGIMEN COMÚN CON ABUNDANTE LÍQUIDO            PARACETAMOL 500 MG 1 COMPRIMIDO CADA 8 HRS POR 3 DÍAS.            IBUPROFENO 400 MG 1 COMPRIMIDO CADA 8 HRS POR 3 DÍAS.            LORATADINA 10 MG 1 COMPRIMIDO CADA 24 HRS POR 5 DÍAS.            RECONSULTAR A URGENCIAS EN CASO DE SIGNOS DE ALARMA COMO DIFICULTAD RESPIRATORIA O FIEBRE PERSISTENTE.            CONTROL EN SU CONSULTORIO SI CUADRO NO CEDE EN MÁS DE 2 SEMANAS.</p>																																												
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14518829)</b>																																												



Dr. Sebastián Méndez