



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 15071962

80B

ADMISSION: 24/11/2024 20:43		INICIO DE ATENCION: 24/11/2024 23:11		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																								
NOMBRE: ANAÍS ANTONIA NOVOA AROS		RUT :	23292146 - 3	TELÉFONO:	50626660 (CELULAR)																																							
DIRECCION: CALLEJON EL ALMO 1550		PUEBLO ORIGINARIO	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																								
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A																																							
EDAD: 14 años 7 meses 21 dias (03/04/2010)		SEXO (GÉNERO):																																										
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>24/11/2024 20:59</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>36.5 [°C]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardiaca:</td> <td>135 [bpm]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometria:</td> <td>98 [%]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglucotest:</td> <td></td> <td></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></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>NO</td> <td>SI - NO</td> </tr> </table>						Hora :	24/11/2024 20:59		Temperatura Axilar:	36.5 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	135 [bpm]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometria:	98 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	24/11/2024 20:59																																											
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]																																											
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:																																												
Presión Diastólica:																																												
Frecuencia Cardiaca:	135 [bpm]																																											
Frecuencia Respiratoria:																																												
Saturometria:	98 [%]																																											
Latidos Cardio - Fetales:																																												
Hemoglucotest:																																												
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																										
Dolor, EVA:																																												
Distresado:	NO	SI - NO																																										
<b>Motivo de Consulta</b> MAMARES: HACE DOS DIAS CON DOLOR LUMBAR CEFALÉA																																												
<b>Observaciones Categorización</b> DOLOR LUMBAR IRRADIADO A EXT INFERIORES, CEFALÉA DESDE HACE DOS DIAS																																												
<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  <b>Atención Manifestación Social:</b> NO <b>Tipo de Paciente:</b> 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 colspan="3"><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td colspan="3"><b>Elemento Causante</b></td> <td colspan="3"><b>Fecha Aproximada del Hecho</b></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <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 Eruption  <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami </td> <td colspan="3"> <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 colspan="3"> <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 Eruption <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 Eruption <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 Nº 15071962)</b> <b>JO69</b> : (En estudio) VIROSIS RESPIRATORIA ALTA																																												
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4																																												
<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> C4																																												
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> KETOROLACO 60 MG + BETAMETASONA 4MG																																												
<b>Procedimientos</b> INYECION ENDOVENOSA																																												
<b>Indicaciones al alta</b> REPOSO ESCOLAR POR DIA 25 NOVIEMBRE 2024 HIDRATACION ABUNDANTE PARACETAMOL 500MG, 2 COMPRIMIDOS CADA 8 HORAS X 3 DIAS IBUPROFENO 400MG, 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS X 3 DIAS LORATADINA 10MG, 1 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS X 5 DIAS (NOCHE) CICLOHEXAZPRINA 10MG, 1 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS X 5 DIAS (NOCHE) CONSULTAR EN URGENCIAS SOS, SE EXPLICA A PACIENTE																																												
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15071962)</b>  <b>JAVIER ORLANDO HUILCAN MENA</b> MÉDICO APS 19476517-7 Dr. Javier Huilcan Mena 19476517-7 Médico Cirujano																																												

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.