



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

K2-

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 15000277

ADMISION: 04/11/2024 19:29	INICIO DE ATENCION: 04/11/2024 19:48	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS															
NOMBRE: ISIDORA MILLARAY FERNANDEZ NAHUELÑIR RUT : 26543298 - 0		TELÉFONO: 78370933 (CELULAR)															
DIRECCION: CALLE CAMINO NIAGARA COMUNA: PADRE LAS CASAS EDAD: 6 años 0 meses 9 dias (26/10/2018)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):														
		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - B														
SÍGNOS VITALES																	
Hora :	04/11/2024 19:35	Motivo de Consulta ODINOFAGIA, OTALGIA Y MALESTAR OCULAR. CESFAM PLC															
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]	Observaciones Categorización ODINOFAGIA, OTALGIA Y MALESTAR OCULAR. CESFAM PLC															
Temperatura Rectal:																	
Presión Sistólica:																	
Presión Diastólica:																	
Frecuencia Cardiaca:	102 ['x]																
Frecuencia Respiratoria:																	
Satimetría:	99 [%]																
Latidos Cardio - Fetales:																	
Hemoglucotest:																	
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I															
Dolor, EVA:																	
Distresado:	SI - NO	SI - NO															
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> <td>Hora aproximada del hecho</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"/> 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 </td> <td> <table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> <td>: :</td> </tr> </table>				Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora 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	<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				: :
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora 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	<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															
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 Nº 15000277) J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) H103 : CONJUNTIVITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA																	
Resultado aplicación protocolo selector de demanda CS		Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido															
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:															
Indicaciones al alta REPOSO POR 3 DIAS CLORANFENICOL 2 GOTAS CADA 4 HRS POR 7 DIAS CLORANFENICOL UNGÜENTO 1 APLICACIÓN CADA 24 HRS POR 7 DIAS CLORFENAMINA 1 COMP CADA 8 HRS POR 5 DIAS CONTROL AL POLI		Categorización Cierre Atención CS															
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15000277) VLADIMYR DECEIDE DECEIDE MEDICO APS 26864778-3																	

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 preventiva, 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.