

23/5/24, 18:35

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 14469304

ADMISION: 23/05/2024 17:33		INICIO DE ATENCION: 23/05/2024 18:19		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: ALBA IGNACIA DE LA FUENTE FERREIRA		RUT :	24799657 - 5	TELÉFONO:	Sin información	
DIRECCION: LAS ANTILLAS 188 COMUNA: TEMUCO EDAD: 9 años 6 meses 9 dias (14/11/2014)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - D	
SÍGNOS VITALES						
Hora :	23/05/2024 17:51					
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]					
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:						
Presión Diastólica:						
Frecuencia Cardíaca:	108 [x]					
Frecuencia Respiratoria:						
Saturometría:	100 [%]					
Latidos Cardio + Fetales:						
Hemoglucotest:						
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I				
Dolor, EVA:						
Distresado:	NO	SI - NO				
<p>Motivo de Consulta REF: DOLOR DE OÍDOS DESDE AYER TEA</p> <p>Observaciones Categorización DOLOR DE OÍDOS DESDE AYER TEA</p> <p>Funcionario Que Atiende <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</p> <p>Tipo de Consulta: INFANTIL</p> <p>Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA</p> <p>Origen de la Procedencia DOMICILIO</p> <p>Otros Datos * NINGUNO</p>						
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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corte-puntante <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 :	
<p>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</p> <p><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</p>						
Diagnóstico (DAU Nº 14469304) H650 : OTITIS MEDIA AGUDA SEROSA			Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C4			
Anamnesis e historia clínica AM TRASTORNO MULTISENSORIAL RAM NIEGA ACUDE CON MADRE, REFIERE DESDE AYER OTALGIA DERECHA, ELLA MENCIONA ODINOFAGIA AL EF OIDOS PERMEABLES EL DERECHO MEMBRANA TIMPANICA ABOMBADA CON ERITEMA SIN EXUDADO OROFARINGE NO CONGESTIVA			Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido			
Procedimientos e indicaciones en box PESO 27KG			Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación: Sin Hospitalización: Información.			
			Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C4			
Indicaciones al alta AMOXICILINA JARABE 7CC C/12HRS X 7 DIAS PARACETAMOL COMP 500MG MEDIO C/8HRS X 5 DIAS SI HAY FIEBRE O DOLOR REPOSO EN CASA POR 3 DIAS ACUDIR SOS						
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14469304)						
EILEIN ALEXANDRA VEGAS SAYAGO MEDICO APS 27082670-9						