



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 14654904

II^o B

ADMISION: 28/07/2024 18:12	INICIO DE ATENCION: 28/07/2024 20:36	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																															
NOMBRE: AGUSTINA MARIETTA GAETE TRIZANO		RUT : 22905635 - 2	TELEFONO: 84779718 (CELULAR)																																														
DIRECCION: CALLE TUCAPEL N° 1374, POBL. TUCAPEL COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																														
EDAD: 15 años 7 meses 2 dias (26/12/2008)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - D																																														
SIGNS VITALES																																																	
<table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>28/07/2024 18:19</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.9 [°C]</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>133 [mmHg]</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>79 [mmHg]</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>126 ['x]</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><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td><td>SI - NO</td><td></td><td></td></tr> </table>					Hora :	28/07/2024 18:19		Temperatura Axilar:	36.9 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:	133 [mmHg]		Presión Diastólica:	79 [mmHg]		Frecuencia Cardiaca:	126 ['x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometria:	98 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			Dolor, EVA:					Distresado:	NO	SI - NO		
Hora :	28/07/2024 18:19																																																
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]																																																
Temperatura Rectal:																																																	
Presión Sistólica:	133 [mmHg]																																																
Presión Diastólica:	79 [mmHg]																																																
Frecuencia Cardiaca:	126 ['x]																																																
Frecuencia Respiratoria:																																																	
Saturometria:	98 [%]																																																
Latidos Cardio - Fetales:																																																	
Hemoglucotest:																																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																															
Dolor, EVA:																																																	
Distresado:	NO	SI - NO																																															
<p>Motivo de Consulta REF ACOMP CUADRO RESPIRATORIO, FIEBRE, FLEMAS C/ ESTRÍAS DE SANGRE (C. MIRAFLORES)</p> <p>Observaciones Categorización REF ACOMP CUADRO RESPIRATORIO, FIEBRE, FLEMAS C/ ESTRÍAS DE SANGRE</p> <p>Funcionario Que Atiende</p> <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td><td>Tipo de Consulta : ADULTO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td><td>Atención Manifestación Social: NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td><td>Tipo de Paciente: NO APLICA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td><td></td></tr> </table> <p>Origen de la Procedencia DOMICILIO</p> <p>Otros Datos * NINGUNO</p>					<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : ADULTO	<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO	<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																		
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : ADULTO																																																
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																																
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																																																
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																																	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																																	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																																	
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"/> Rifa <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"/> Puncante <input type="checkbox"/> Corto-puncante <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>ANO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	ANO				<table border="1"> <tr><td>Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td>:</td></tr> </table>	Hora aproximada del hecho	:																																					
DIA	MES	ANO																																															
Hora aproximada del hecho																																																	
:																																																	
<p>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td></tr> </table>					<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																																								
<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 N° 14654904) J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)</p>																																																	
<p>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</p> <table border="1"> <tr><td>C4</td></tr> </table> <p>Condición del paciente al cierre de atención</p> <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Vivo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Fallecido</td></tr> </table> <p>Destino Inmediato del Paciente</p> <p>Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación: Sin Hospitalización: Información.</p> <p>Categorización Cierre Atención</p> <table border="1"> <tr><td>C5</td></tr> </table>					C4	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo	<input type="checkbox"/> Fallecido	C5																																									
C4																																																	
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo																																																	
<input type="checkbox"/> Fallecido																																																	
C5																																																	
<p>Anamnesis e historia clínica</p> <p>AM: NO ALERGIA NO CX NO</p> <p>PACIENTE HACE 4 DIAS CON TOS Y CONGESTION NASAL. ULTIMOS DIAS CON FLEMAS CON ESTRÍAS DE SANGRE</p> <p>AL EX FISICO VOR, BIEN HIDRATADA Y PERFUNDIDA CON TENDENCIA A LA TAQUICARDIA, SIN DISNEA FARINGE ERITEMATOSA AMIGDALAS SIN PLACAS DE PUS TORAX RR2T, NAS. MP (+) SRA</p>																																																	
<p>Procedimientos e indicaciones en box</p>																																																	
<p>Indicaciones al alta</p> <ul style="list-style-type: none"> - REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DIAS A PARTIR DE MAÑANA - HIDRATACION ADECUADA - ASEO NASAL FRECUENTE - PARACETAMOL 500 MG 2 COMPRIMIDOS CADA 8 HRS - DICLOFENACO 50 MG CADA 8 HRS - LORATADINA 10 MG AL DIA POR 5 DIAS - URGENCIA SI SIGNOS DE ALARMA 																																																	
<p>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14654904)</p> <p>CATALINA OYARZUN ARAVENA MEDICO APS 19290913-9</p>																																																	

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.