

20/7/24, 16:09

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LAUTARO

NUMERO DE ATENCION: 14631001

ADMISSION: 20/07/2024 15:31		INICIO DE ATENCION: 20/07/2024 16:00		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: ALICE GIANELLA PEREZ CARRASCO		RUT: 23305388 - 0		TELEFONO: 53948439 (CELULAR)	
DIRECCION: EDMUNDO RODRIGUEZ 567 GOLUSDA		PUEBLO ORIGINARIO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: LAUTARO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - B	
EDAD: 14 años 2 meses 29 días (21/04/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES		
Hora:	20/07/2024 15:35	
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	120 [mmHg]	
Presión Diastólica:	89 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	71 [x]	
Frecuencia Respiratoria:	16 [x]	
Saturimetría:	98 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:	3 [x]	
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta	
MADRE REF. DOLOR AL ORINAR, SANGRADO EN ORINA.	
Observaciones Categorización	
MADRE REF. DOLOR AL ORINAR, SANGRADO EN ORINA.	
Funcionario Que Atiende	
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta: INFANTIL
<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	Origen de la Procedencia
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	DOMICILIO
	Otros Datos
	* NINGUNO

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"/> Contundente	<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante	<table border="1"><tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="3"></td></tr></table>	Hora aproximada del hecho					
Hora aproximada del hecho								
<input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Punzante							
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-punzante							
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública	<input type="checkbox"/> Arma de Fuego							
<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Explosión							
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor							
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frio							
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro							
<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								

Diagnóstico (DAU N° 14631001)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda
N390 : INFECCION URINARIA	C5
Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención
AM NIEGA ALERGIAS NIEGA ACOMPANADA DE SU MAMA CONSULTA POR CUADRO QUE INICIA EL LUNES, CARACTERIZADO POR URGENCIA MICCIONAL, POLIAQUIRIA, TENESMO VESICAL, DISURIA Y HEMATURIA. SIN FIEBRE CUANTIFICADA. EF PP (-) BILATERAL ABD RHA (+) BDI, SSIP	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box	Destino Inmediato del Paciente
TOMA DE MUESTRA	Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta	Categorización Cierre Atención
- REPOSO EN DOMICILIO POR 5 DIAS - ABUNDANTE LIQUIDO - NITROFURANTOINA 100 MG CADA 6 HORAS POR 5 DIAS - KETOPROFENO 50 MG CADA 8 HORAS POR 5 DIAS - PARACETAMOL 500 MG CADA 8 HORAS POR 5 DIAS - CONTROL MEDICO EN APS EN 72 HORAS PARA REVISIÓN DE EXAMEN DE ORINA Y UROCULTIVO, DEFINIR ESQUEMA SEGUN HALLAZGOS - RECONSULTAR EN URGENCIAS SOS	C5
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14631001)	
DANIELA PALMA CARRASCO MEDICO APS 16949172-0	

La Hipótesis diagnóstica que se responde 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.
La Hipótesis diagnóstica que se responde 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana, si las molestias persisten o aumentan, debe recurrir de inmediato a la atención médica.