

PK ✓

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA



ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 14854572

ADMISION: 25/09/2024 17:19		INICIO DE ATENCION: 25/09/2024 17:56	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS										
NOMBRE: ISABELLA TRINIDAD ARCE URETA		RUT: 27078569 - 7	TELEFONO: 27641895 (CELULAR)										
DIRECCION: POBLACION LOS MOLINOS PASAJE LAS ARAUCARIAS 277 CAJON TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):										
EDAD: 4 años 10 meses 16 dias (09/11/2019)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A										
SIGNOS VITALES													
Hora :	25/09/2024 17:51												
Temperatura Axilar:	36 [°C]												
Temperatura Rectal:													
Presión Sistólica:													
Presión Diastólica:													
Frecuencia Cardiaca:	104 ['x]												
Frecuencia Respiratoria:													
Saturometria:	100 [%]												
Latidos Cardio - Fetales:													
Hexinoglucotest:													
Estado de Conciencia (AVD):	ALERTA	A - V - D - I											
Dolor, EVA:													
Distresado:	NO	SI - NO											
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Motivo de Consulta</p> <p>MADRE REF. QUEMADURA CON AGUA CALIENTE EN EL PIE DERECHO.</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Observaciones Categorización</p> <p>MADRE REF. QUEMADURA CON AGUA CALIENTE EN EL PIE DERECHO. PADRE LE COLOCA AGUA FRIA EN MOMENTO DE QUEMADURA</p> </div> </div>													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Funcionario Que Atiende</p> <p><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> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Tipo de Consulta : INFANTIL</p> <p>Atención Manifestación Social: NO</p> <p>Tipo de Paciente: NO APLICA</p> </div> </div>													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Origen de la Procedencia</p> <p>DOMICILIO</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Otros Datos</p> <p>* NINGUNO</p> </div> </div>													
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"/> Ríña <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										
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <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> </div> <div style="width: 45%;"> <p>:</p> </div> </div>													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Diagnóstico (DAU N° 14854572)</p> <p>0000 : QUEMADURA EN DORSO DE PIE DERECHO</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</p> <p>C3</p> </div> </div>													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Anamnesis e historia clínica</p> <p>ALERGIAS NO</p> <p>MADRE REF. QUEMADURA CON AGUA CALIENTE EN EL PIE DERECHO. HOY POR LA TARDE</p> <p>AL EXAMEN FISICO BUEN ASPECTO GENERAL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CONJUNTIVAS ROSADAS MUCOSAS HIDRATADAS EN PIE DERECHO LESION POR QUEMADURA EN DORSO DE PIE APROX 2X2 CMS DE DIAMETRO. AB</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Condición del paciente al cierre de atención</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido</p> <p>Destino Inmediato del Paciente</p> <p>Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación: Sin Hospitalización: Información.</p> <p>Categorización Cierre Atención</p> <p>CS</p> </div> </div>													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Procedimientos e indicaciones en box</p> <p>CURACION AVANZADA POR ENFERMERA SRTA EVELYN</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Procedimientos</p> <p>CURACION AVANZADA</p> </div> </div>													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Indicaciones al alta</p> <p>REPOSO MEDICO POR 1 SEMANA ACUDIR A CURACIONES EN SU CESFAM CADA 2 A 3 DIAS EVITAR MOJAR ZONA IBUPROFENO 200 MG/5 ML 5 ML CADA 8 HRAS EN CASO DE DOLOR CONSULTAR A URGENCIA</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Alvaro Antonio Colipe Huenul 16.389.052-6 MEDICO ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR RCM 32.657-8</p> </div> </div>													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Envio a Laboratorio, Imagenologia, Observación (DAU N° 14854572)</p> <p>Fecha Envio: 25/09/2024 17:56</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Fecha Regreso:</p> <table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">Tipo: 16.389.052-6</td> <td style="text-align: center;">Especialista: Alvaro Antonio Colipe Huenul</td> <td style="text-align: center;">Comentario:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MEDIACION</td> <td style="text-align: center;">Medicina Familiar</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">RCM 32.657-8</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </div> </div>					Tipo: 16.389.052-6	Especialista: Alvaro Antonio Colipe Huenul	Comentario:	MEDIACION	Medicina Familiar		RCM 32.657-8		
Tipo: 16.389.052-6	Especialista: Alvaro Antonio Colipe Huenul	Comentario:											
MEDIACION	Medicina Familiar												
RCM 32.657-8													
<p>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14854572)</p> <p>ALVARO COLIPE HUENUL MEDICO APS 16389052-6</p> <p>WW</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.