



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: **SAR LABRANZA**

NUMERO DE ATENCION: 12559578

ADMISION: 14/10/2022 19:51		INICIO DE ATENCION: 14/10/2022 20:51		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: EMILIA BELEN CORTES PEZO		RUT:	24006599 - 1	TELEFONO:	85617100 (CELULAR)				
DIRECCION: LOS ROBLES 0323 SAN ISIDRO, LABRANZA		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
EDAD: 10 años 3 meses 2 dias (12/07/2012)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - D				
SIGNS VITALES									
Hora :	14/10/2022 19:55								
Temperatura Axilar:	39.3 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	128 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría:	98 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVD1):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor, EVA:									
Distresado:	SI - NO	SI - NO							
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"/> 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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table>									:
			:						
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 N° 12559578)									
J111 : GRIPE CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO									
Resultado aplicación protocolo selector de demanda									
<table border="1"> <tr> <td>C3</td> </tr> </table>						C3			
C3									
Condición del paciente al cierre de atención									
<table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Vivo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fallecido</td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Vivo	<input type="checkbox"/> Fallecido		
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo									
<input type="checkbox"/> Fallecido									
Destino Inmediato del Paciente									
<table border="1"> <tr> <td>Alta domicilio</td> </tr> <tr> <td>Sin control</td> </tr> </table>						Alta domicilio	Sin control		
Alta domicilio									
Sin control									
Categorización Cierre Atención									
<table border="1"> <tr> <td>C5</td> </tr> </table>						C5			
C5									
Procedimientos e indicaciones en box									
NO DESEA TOMA DE TEST DE ANTÍGENO									
Indicaciones al alta									
<table border="1"> <tr> <td>REPOSO MEDICO POR 1 SEMANA</td> </tr> </table>						REPOSO MEDICO POR 1 SEMANA			
REPOSO MEDICO POR 1 SEMANA									
<table border="1"> <tr> <td>LIQUIDOS PARACETAMOL 500 MG 1 COMP CADA 8 HRAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE IBUPROFENO 200MG/5 ML 7.5 ML CADA 8 HRAS SOLO EN CASO DE DOLOR O FIEBRE MAYOR A 38.5 °C CONSULTAR A URGENCIA SOS</td> </tr> </table>						LIQUIDOS PARACETAMOL 500 MG 1 COMP CADA 8 HRAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE IBUPROFENO 200MG/5 ML 7.5 ML CADA 8 HRAS SOLO EN CASO DE DOLOR O FIEBRE MAYOR A 38.5 °C CONSULTAR A URGENCIA SOS			
LIQUIDOS PARACETAMOL 500 MG 1 COMP CADA 8 HRAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE IBUPROFENO 200MG/5 ML 7.5 ML CADA 8 HRAS SOLO EN CASO DE DOLOR O FIEBRE MAYOR A 38.5 °C CONSULTAR A URGENCIA SOS									
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12559578)									
<table border="1"> <tr> <td>ALVARO COLIPE HUENUL MEDICO APS 16389052-6</td> </tr> </table>						ALVARO COLIPE HUENUL MEDICO APS 16389052-6			
ALVARO COLIPE HUENUL MEDICO APS 16389052-6									
<table border="1"> <tr> <td> <i>Alvaro A. Colipe Huenul 16.389.052-6 Medico General 12/10/2022</i> </td> </tr> </table>						<i>Alvaro A. Colipe Huenul 16.389.052-6 Medico General 12/10/2022</i>			
<i>Alvaro A. Colipe Huenul 16.389.052-6 Medico General 12/10/2022</i>									

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.