



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 14858132

110 A

ADMISION: 26/09/2024 17:03	INICIO DE ATENCION: 26/09/2024 17:21	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: DENISSE ALEJANDRA MARILLAN CATRICURA		RUT : 22293172 - K	TELEFONO: 46341310 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE BUTACURA COMUNA: VILCUN EDAD: 17 años 8 meses 29 dias (28/12/2006)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A	
SIGNS VITALES				
Hora :	26/09/2024 17:12			
Temperatura Axilar:	37.4 [°C]			
Temperatura Rectal:				
Presión Sistólica:	125 [mmHg]			
Presión Diastólica:	63 [mmHg]			
Frecuencia Cardiaca:	81 ['x]			
Frecuencia Respiratoria:				
Saturometría:	98 [%]			
Latidos Cardio - Fetales:				
Hemoglucotest:	141 [mg/dl]			
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I		
Dolor, EVA:	0 ['x]			
Distresado:	NO	SI - NO		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> Motivo de Consulta REF. CEFALÉA, FIEBRE, MAREOS Y VOMITOS DESDE HACE 1 SEMANA. </div> <div style="flex: 1;"> Observaciones Categorización REF. CEFALÉA, FIEBRE, MAREOS Y VOMITOS (HOY 2 OP)DESDE HACE 1 SEMANA. </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> 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 </div> <div style="flex: 1;"> Tipo de Consulta : ADULTO Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> Origen de la Procedencia DOMICILIO </div> <div style="flex: 1;"> Otros Datos * NINGUNO </div> </div>				

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora 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"/> 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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DIA	MES	AÑO				:
DIA	MES	AÑO							
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° 14858132)

G439 : MIGRAÑA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

Condición del paciente al cierre de atención

 Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

 Alta domicilio
 Sin control
 Destino:
 Fecha de Indicación Sin
 Hospitalización: Información.

Categorización Cierre Atención

C4

Anamnesis e historia clínica

 AM: ASMA
 CX: NO
 ALERGIAS: NO REFIERES

ACUDE POR CUADRO DE 1 SEMANA DE EVOLUCIÓN DE CEFALÉA, NAUSEAS, FOTOFOBIA, SONOFOBIA, MAREOS, DESCANSO PARCIALMENTE AL DORMIR Y LUEGO DURANTE EL DÍA COMIENZA NUEVAMENTE. SIN BANDERAS ROJAS. SIN FIEBRE CUANTIFICADA.

 EX FISICO:
 BIEN HIDRATADA Y PERFUNDIDA
 NEURO CLOTE, VIGIL, GSW 15
 AGUDEZA VISUAL CONSERVADA.
 MOTOR M5 SIMETRICO BILATERAL
 SENSITIVO SIMETRICO BILATERAL
 MENINGEO NEGATIVO
 CEREBELOSO NEGATIVO
 SIN ASIMETRIA FACIAL
 SIN ALTERACION DE OCULOMOTILIDAD

Procedimientos e indicaciones en box

 KETOROLACO 30 MG EV
 BETAMETASONA 4MG EV