

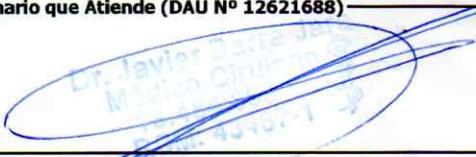


## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 12621688

Kº A

ADMISION: 31/10/2022 11:33		INICIO DE ATENCION: 31/10/2022 12:33		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																														
NOMBRE: CONSUELO ESPERANZA GUZMAN SANDOVAL		RUT: 25425617 - K		TELEFONO: 31136073 (CELULAR)																														
DIRECCION: CALLE LAS VIOLETAS N° 0455, PULMAHUE		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																														
EDAD: 6 años 4 meses 4 dias (27/06/2016)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - C																														
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>31/10/2022 11:34</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.5 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>106 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>100 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	31/10/2022 11:34	Temperatura Axilar:	36.5 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	106 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	100 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	SI - NO	SI - NO
Hora :	31/10/2022 11:34																																	
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]																																	
Temperatura Rectal:																																		
Presión Sistólica:																																		
Presión Diastólica:																																		
Frecuencia Cardiaca:	106 ['x]																																	
Frecuencia Respiratoria:																																		
Saturometría:	100 [%]																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																		
Hemoglucotest:																																		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:																																		
Distresado:	SI - NO	SI - NO																																
<b>Motivo de Consulta</b> - PADRE FIERE ODINOFAGIA, INAPETENCIA, VOMITOS, CEFALEA Y DECAIMIENTO																																		
<b>Funcionario Que Atiende</b> <table> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td></tr> </table>						<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																							
<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																																		
Tipo de Consulta : INFANTIL  Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA																																		
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																																		
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																																		
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table> <tr> <td><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td><b>Elemento Causante</b></td> <td><b>Fecha Aproximada del Hecho</b></td> <td><b>Hora aproximada del hecho</b></td> </tr> <tr> <td> <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         </td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente  <input type="checkbox"/> Cortante  <input type="checkbox"/> Pungente  <input type="checkbox"/> Corto-pungente  <input type="checkbox"/> Arma de Fuego  <input type="checkbox"/> Explosión  <input type="checkbox"/> Calor  <input type="checkbox"/> Frio  <input type="checkbox"/> Otro         </td> <td> <b>DIA</b>   <b>MES</b>   <b>AÑO</b> </td> <td></td> </tr> </table>						<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>	<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"/> Pungente <input type="checkbox"/> Corto-pungente <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<b>DIA</b> <b>MES</b> <b>AÑO</b>																						
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>																															
<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"/> Pungente <input type="checkbox"/> Corto-pungente <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<b>DIA</b> <b>MES</b> <b>AÑO</b>																																
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <table> <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																																		
<b>Diagnóstico (DAU N° 12621688)</b> <b>JO69 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA</b>																																		
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4																																		
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																		
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control																																		
<b>Categorización Cierre Atención</b> C5																																		
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>																																		
<b>Indicaciones al alta</b> <p>REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DÍAS            LÍQUIDO ABUNDANTE            ASEO NASAL FRECUENTE            PARACETAMOL 500MG 1/2 COMP CADA 6 HRS POR 3 DIAS            LORATADINA 10MG 1 COMP POR NOCHE POR 5 DIAS            SE SUGIERE DE EXTRASISTEMA: AMBROXOL (15MG/5ML) 5CC CADA 8 HRS POR 5 DIAS Y/O HEDERA HELIX (35MG/5ML) 5CC CADA 8 HRS POR 5 DIAS            CONTROL SOS EN URGENCIAS EN CASO DE FIEBRE PERSISTENTE, DIFICULTAD RESPIRATORIA, COLORACION AZULADA DE PIEL O MUCOSAS O EN CASO DE SER NECESARIO            EN CASO DE PERSISTENCIA DE SINTOMAS CONTROL POR SU CESFAM RESPECTIVO</p>																																		
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12621688)</b> <p>JAVIER BARRA JARA            MEDICO APS            18484865-1</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.