



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

IV^oB

ESTABLECIMIENTO: SUR HUALPIN

NUMERO DE ATENCION: 16192621

ADMISION: 04/11/2025 20:31		INICIO DE ATENCION: 04/11/2025 20:36		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS			
NOMBRE: DAYANA ELIZABETH CURIMAN TORRES		RUT : 22434448 - 1		TELEFONO: 62506168 (CELULAR)			
DIRECCION: CALLE ALESSANDRI #248 COMUNA: TEODORO SCHMIDT EDAD: 18 años 4 meses 0 dias (04/07/2007)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: MAPUCHE SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A			
SIGNOS VITALES							
Hora :	04/11/2025 20:31						
Temperatura Axilar:							
Temperatura Rectal:							
Presión Sistólica:	95 [mmHg]						
Presión Diastólica:	62 [mmHg]						
Frecuencia Cardiaca:	99 ['X]						
Frecuencia Respiratoria:							
Saturometría:	100 [%]						
Latidos Cardio - Fetales:							
Hemoglucotest:							
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	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"/> VVS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Eruption <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</td> </tr> <tr> <td> <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 </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
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° 16192621) J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)							
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5							
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido							
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.							
Categorización Cierre Atención C5							
Procedimientos e Indicaciones en box CSV TTO IM CLORFENAMINA 1 AMP. IM							
Medicamentos administrados en Box 1 - UNIDAD - DICLOFENACO 75 MG/3ML SOL. IM AM [AMPOLLA] - (INTRAMUSCULAR) 1 - UNIDAD - BETAMETASONA FOSFATO DISODICO 4 MG/1ML AM [AMPOLLA] - (INTRAMUSCULAR)							
Indicaciones al alta REPOSO RELATIVO DIETA BALANCEADA HIDRATACION A TOLERANCIA LAVADO DE MANOS FRECUENTE EN CASO DE SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A URGENCIAS CONTROL Y SEGUIMIENTO POR CESFAM							
SE DEJ ATRATAMIENTO MEDICO 1- LORATADINA 10 MG COMPRIMIDO (51143002-140-3-24) 5 1 UNIDAD CADA 24 HORAS POR 5 DIAS VIA ORAL SEGÚN INDICACIÓN SOLICITADO SIN INFORMACIÓN 2- PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO (51143222-28-547-956) 9 1 UNIDAD CADA 8 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL SEGÚN INDICACIÓN SOLICITADO SIN INFORMACIÓN 3- IBUPROFENO 400 MG COMPRIMIDO (51142832-474-3-24) 9 1 UNIDAD CADA 8 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL							
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16192621) LISKEY TORRES AGUILAR MEDICO APS 26136528-6							