



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

TIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 12521162

ADMISION: 03/10/2022 13:10		INICIO DE ATENCION: 03/10/2022 17:23		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: SOFIA ANDREA SANHUEZA RIVERA		RUT: 22101289 - 5		TELEFONO: 96393618 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE TRES CERROS 1222 VILLA MOSSER		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 16 años 5 meses 15 dias (18/04/2006)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A	
<b>SIGNOS VITALES</b>					
Hora :	03/10/2022 13:11				
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	126 [mmHg]				
Presión Dlastólica:	62 [mmHg]				
Frecuencia Cardiaca:	86 ['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			

## EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha 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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <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> <b>Hora aproximada del hecho</b> :	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>								
<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 Nº 12521162)

H813 : (En estudio) VERTIGOS PERIFERICOS

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

## - Anamnesis e historia clínica

SEN SACION DE MAREOS Y NAUSEAS SIN LLEGAR AL VOMITO. NIEGA OTROS SINTOMAS DIGESTIVOS O GENERALES. CONSCIENTE ORIENTADA COHERENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN TRABAJO RESPIRATORIO, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION. RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES. SENA INESTABILIDAD EN BIPEDESTACION CON LATERALIZACION DERECHA. ROMBERG NEGATIVO

Condición del paciente al cierre de atención

 Vivo  
 Fallecido
 

## - Procedimientos e indicaciones en box

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio  
 Con indicación de tratamiento en su estab.

Categorización Cierre Atención

C5

## Indicaciones al alta

DIFENIDOL 25 MGRS 1 CADA 8 HORAS POR 7 DIAS

DOMPERIDONA 10 MGRS 1 CADA 8 HORAS POR TRES DIAS

IBUPROFENO 400 MGRS 1 CADA 8 HORAS POR TRES DIAS

CONTROL POR POLICLINICO EN CASO DE PERSISTIR SINTOMAS

## Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12521162)

JUAN RAMON CONDE BRANDT  
 MEDICO APS  
 2625514-3

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.