



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: VILCUN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 16169861

IJOB

ADMISSION: 29/10/2025 11:57		INICIO DE ATENCION: 29/10/2025 14:23		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																														
NOMBRE: AMELIA HAYLEN FUENTES MILLS		RUT :	23141078 - 3	TELEFONO:	83003145 (CELULAR)																													
DIRECCION: CALLE RIO CODINHUE 783 S/N COMUNA: VILCUN EDAD: 16 años 0 meses 23 dias (06/10/2009)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO):	NINGUNO MUJER (FEMENINA)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION:																														
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>29/10/2025 11:58</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>136 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>72 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>115 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>98 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucoset:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDT):</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>NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	29/10/2025 11:58	Temperatura Axilar:	36 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:	136 [mmHg]	Presión Diastólica:	72 [mmHg]	Frecuencia Cardiaca:	115 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	98 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucoset:		Estado de Conciencia (AVDT):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	29/10/2025 11:58																																	
Temperatura Axilar:	36 [°C]																																	
Temperatura Rectal:																																		
Presión Sistólica:	136 [mmHg]																																	
Presión Diastólica:	72 [mmHg]																																	
Frecuencia Cardiaca:	115 ['x]																																	
Frecuencia Respiratoria:																																		
Saturometría:	98 [%]																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																		
Hemoglucoset:																																		
Estado de Conciencia (AVDT):	ALERTA	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:																																		
Distresado:	NO	SI - NO																																
Motivo de Consulta REFIERE CONGESTION NASAL. TOS. AL TOSER DOLOR DE ESPALDA. OTALGIA.																																		
Observaciones Categorización REFIERE CONGESTION NASAL. TOS. AL TOSER DOLOR DE ESPALDA. OTALGIA.																																		
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td><td>Tipo de Consulta : ADULTO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td><td>Atención Manifestación Social: NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td><td>Tipo de Paciente: NO APLICA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td><td></td></tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : ADULTO	<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO	<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																		
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : ADULTO																																	
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																	
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																																	
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																		
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																		
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																		
Origen de la Procedencia DOMICILIO																																		
Otros Datos * NINGUNO																																		
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> </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"/> VVS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami </td> <td> <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 </td> <td> <table border="1"> <tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho </td> </tr> </table>						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 Erupción <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	<table border="1"> <tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho	DÍA	MES	AÑO																				
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 Erupción <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	<table border="1"> <tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho	DÍA	MES	AÑO																													
DÍA	MES	AÑO																																
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <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																																		
Diagnóstico (DAU Nº 16169861) J111 : GRIPE CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO																																		
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C5																																		
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																		
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación: _____ Sin Información. Hospitalización: _____																																		
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C5																																		
Procedimientos e indicaciones en box <div style="background-color: #d3d3d3; padding: 5px;"> REPOSO EN DOMICILIO POR 4 DÍAS (DESDE MARTES 28/10) ABUNDANTE LÍQUIDO ASEO NASAL FRECUENTE IBUPROFENO 400MG 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DÍAS ACUDIR A URGENCIAS SI PRESENTA SÍNTOMAS DE ALARMA. </div>																																		
Indicaciones al alta REPOSO EN DOMICILIO POR 4 DÍAS (DESDE MARTES 28/10) ABUNDANTE LÍQUIDO ASEO NASAL FRECUENTE IBUPROFENO 400MG 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DÍAS ACUDIR A URGENCIAS SI PRESENTA SÍNTOMAS DE ALARMA.																																		
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16169861) <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; text-align: center;"> ALEX LEONARDO-SABATTIN VALLEJO MEDICO APS 18336061-2 </div>																																		