

2ºB



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 14786495

ADMISION: 06/09/2024 12:13		INICIO DE ATENCION: 06/09/2024 14:03		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS													
NOMBRE: ANGELA SOFIA HERNANDEZ RIQUELME		RUT :	25352564 - 9	TELEFONO:	86794982 (CELULAR)												
DIRECCION: CALLE SANTA CATALINA DE ALEJANDRIA 1370 COMUNA: PADRE LAS CASAS EDAD: 8 años 4 meses 21 dias (16/04/2016)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:  SEXO (GÉNERO):	NINGUNO  MUJER (FEMENINO)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):  PREVISION:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):  FONASA - C												
<b>SIGNS VITALES</b>																	
Hora :	06/09/2024 12:18																
Temperatura Axilar:	36 [°C]																
Temperatura Rectal:																	
Presión Sistólica:																	
Presión Diastólica:																	
Frecuencia Cardiaca:	106 ['x]																
Frecuencia Respiratoria:																	
Saturometria:	100 [%]																
Latidos Cardio - Fetales:																	
Hemoglucotest:																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I															
Dolor, EVA:	0 ['x]																
Distresado:	NO	SI - NO															
<b>Motivo de Consulta</b> MADRE REFIERE TOS CON FLEMA																	
<b>Observaciones Categorización</b> MADRE REFIERE TOS CON FLEMA																	
<b>Funcionario Que Atiende</b> <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td> <td>Tipo de Consulta : INFANTIL</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 : INFANTIL	<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 : INFANTIL																
<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																	
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																	
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																	
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>																	
<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"/> 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	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>												
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <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																	
<b>Diagnóstico (DAU Nº 14786495)</b> J069 : VIROSIOS RESPIRATORIA ALTA																	
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C5																	
<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 Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:																	
<b>Indicaciones al alta</b> IBUPROFENO 400 MGRS 1 CADA 8 HORAS POR TRES DIAS LORATADINA 10 MGRS 1 DIARIA POR 5 DIAS FISIOLIM EN SPRAY NASAL. APLICAR 2 PUFF EN CADA FOSA NASAL CADA 6 HORAS POR 5 DIAS.(COMPRAR EN FARMACIA) RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL PACIENTE Y GRUPO FAMILIAR: USO DE MASCARILLA EN AGLOMERACIONES, ESPACIOS CERRADOS, TRANSPORTE PÚBLICO,O SI PRESENTA SÍNTOMAS DE ALGUNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA. LA MASCARILLA DEBE CUBRIR BOCA Y NARIZ EN TODO MOMENTO AL TOSER Y/O ESTORNUDAR CUBRIR NARIZ Y BOCA CON EL ANTEBRAZO LAVADO FRECUENTE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN O ALCOHOL GEL HIDRATACION ABUNDANTE EVITAR EXPOSICION A CORRIENTES DE AIRE FRIO EVITAR EXPOSICION A HUMO,OLORES FUERTES VAPORES QUIMICOS (CLORO,BENCINAS,ETC) REPOSO RELATIVO URGENCIAS SOS EN CASO PERSISTENCIA DE SINTOMAS O APARICION DE SINTOMAS NUEVOS (NAUSEAS,VOMITOS,EVACUACIONES DIARREICAS,DIFICULTAD RESPIRATORIA)																	
<b>Categorización Cierre Atención</b> C5																	
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14786495)</b>																	
JUAN RAMON CONDE BRANDT MEDICO APS 26255514-3																	