

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 15008687

ADMISSION: 07/11/2024 05:18		INICIO DE ATENCION: 07/11/2024 05:41		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																				
NOMBRE: JOSEFINA ANTONIA VALLEJOS NAHUEL		RUT :	27207296 - 5	TELÉFONO:	87656803 (CELULAR)																																			
DIRECCION: CALLE ALBORADA N° 2661, PORTAL NUEVO COMUNA: HORIZONTE TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																				
EDAD: 4 años 8 meses 21 dias (17/02/2020)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - D																																			
<b>SÍGNOS VITALES</b> <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>07/11/2024 05:29</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>36.2 [°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>103 [x]</td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>95 [%]</td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglucótest:</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>NO</td> <td>SI - NO</td> </tr> </table>						Hora :	07/11/2024 05:29	Temperatura Axilar:	36.2 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	103 [x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	95 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucótest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	NO	SI - NO						
Hora :	07/11/2024 05:29																																							
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]																																							
Temperatura Rectal:																																								
Presión Sistólica:																																								
Presión Diastólica:																																								
Frecuencia Cardiaca:	103 [x]																																							
Frecuencia Respiratoria:																																								
Saturometría:	95 [%]																																							
Latidos Cardio - Fetales:																																								
Hemoglucótest:																																								
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																						
Dolor, EVA:																																								
Distresado:	NO	SI - NO																																						
<b>Motivo de Consulta</b> MUCHA TOS, SONIDOS EN EL PECHO AL DORIMIR, DESDE DOS DIAS																																								
<b>Observaciones Categorización</b> MUCHA TOS, SONIDOS EN EL PECHO AL DORIMIR, DESDE DOS DIAS																																								
<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> <table border="1"> <tr> <td colspan="2"><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td colspan="2"><b>Elemento Causante</b></td> <td colspan="2"><b>Fecha Aproximada del Hecho</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <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         </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Contundente  <input type="checkbox"/> Cortante  <input type="checkbox"/> Puntante  <input type="checkbox"/> Corto-puntante  <input type="checkbox"/> Arma de Fuego  <input checked="" type="checkbox"/> Explosión  <input type="checkbox"/> Calor  <input type="checkbox"/> Frío  <input type="checkbox"/> Otro         </td> <td> <table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> <td> <table border="1"> <tr> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <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> </td> </tr> </table>						<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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input checked="" type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro		<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </table>	Hora aproximada del hecho			:			<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
<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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input checked="" type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro		<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </table>	Hora aproximada del hecho			:																									
DIA	MES	AÑO																																						
Hora aproximada del hecho																																								
:																																								
<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 N° 15008687)</b> J180 : (En estudio) BRONCONEUMONIA																																								
<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 Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.																																								
<b>Categorización Cierre Atención</b> C4																																								
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> NEBULIZACIÓN 3 CICLOS CON BERODUAL 3X0.5 SF AL 0.9% RX DE TÓRAX AP Y LAT - EVIDENCIA DE INFILTRADOS BILATERALES CON FOCOS DE CONDENSACIÓN A PREDOMINIO DE PULMÓN DERECHO CON REFUERZO DE TRAMA BRONQUIAL.																																								
<b>Indicaciones al alta</b> AMOLEX JBE 3.5 CC CADA 12 HRS POR 7 DÍAS IBUPROFENO JARABE 4.5CC C/8HRS X 3 DÍAS EN CASO DE FIEBRE O MALESTAR SALBUTAMOL 2 PUFF CON AEROCAMARA CADA 4 HORAS X 2 DIAS LUEGO CADA 6 HORAS POR 5 DIAS PREDNISONA JBE 2 CC CADA 12 HRS POR 5 DÍAS *CONTROL EN CONSULTORIO CON KINESIOLOGO SALA IRA CONTROL CON MÉDICO EN POLICLÍNICO EN 5 DÍAS APROX REPOSO EN CASA POR 5 DIAS ACUDIR SOS																																								
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15008687)</b> NICOLE ALEJANDRA MEDINA VARELA MEDICO APS 19305798-5																																								

P-R.

✓