



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR HUALPIN

NUMERO DE ATENCION: 16040650

40B

ADMISION: 22/09/2025 18:56		INICIO DE ATENCION: 22/09/2025 19:06		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: BELEN JASMIN MODINGER MELITA		RUT :	22707107 - 9	TELÉFONO:	79189742 (CELULAR)																												
DIRECCION: CALLE COLON N° 645, HUALPIN		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																													
COMUNA: TEODORO SCHMIDT		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION: FONASA - A																													
EDAD: 17 años 4 meses 26 dias (27/04/2008)																																	
<b>SÍGNOS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora:</td><td>22/09/2025 18:57</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>103 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>84 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td>91 ['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>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora:	22/09/2025 18:57	Temperatura Axilar:		Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:	103 [mmHg]	Presión Diastólica:	84 [mmHg]	Frecuencia Cardíaca:	91 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	98 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	Dolor, EVA:	A - V - D - I	Distresado:	SI - NO		SI - NO
Hora:	22/09/2025 18:57																																
Temperatura Axilar:																																	
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:	103 [mmHg]																																
Presión Diastólica:	84 [mmHg]																																
Frecuencia Cardíaca:	91 ['x]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometría:	98 [%]																																
Latidos Cardio - Fetales:																																	
Hemoglucotest:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:	A - V - D - I																																
Distresado:	SI - NO																																
	SI - NO																																
<b>Motivo de Consulta - TOS CONGESTIÓN FIEBRE</b> <b>Observaciones Categorización - TOS CONGESTIÓN DOLOR DE OIDO</b> <b>Funcionario Que Atiende</b> <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input checked="" type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo <b>Tipo de Consulta : ADULTO</b> <b>Atención Manifestación Social: NO</b> <b>Tipo de Paciente: NO APLICA</b> <b>Origen de la Procedencia</b> <input type="checkbox"/> DOMICILIO <b>Otros Datos</b> * NINGUNO																																	
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> </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"/> Rifa  <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"/> Puncante  <input type="checkbox"/> Punto-puncante  <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><td>DIA</td><td>MES</td><td>ANIO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>   <table border="1"> <tr><td>Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td>:</td></tr> </table> </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"/> Rifa <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"/> Puncante <input type="checkbox"/> Punto-puncante <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><td>DIA</td><td>MES</td><td>ANIO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td>Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td>:</td></tr> </table>	DIA	MES	ANIO				Hora aproximada del hecho	:														
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"/> Rifa <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"/> Puncante <input type="checkbox"/> Punto-puncante <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><td>DIA</td><td>MES</td><td>ANIO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td>Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td>:</td></tr> </table>	DIA	MES	ANIO				Hora aproximada del hecho	:																							
DIA	MES	ANIO																															
Hora aproximada del hecho																																	
:																																	
<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																																	
<b>Diagnóstico (DAU N° 16040650)</b> <b>300X : (En estudio) RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)</b>																																	
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> <input type="checkbox"/> CS																																	
<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> <input type="checkbox"/> CS																																	
<b>Procedimientos e Indicaciones en box</b> CSV TTO IM																																	
<b>Medicamentos administrados en Box</b> 1 - UNIDAD - DICLOFENACO 75 MG/3ML SOL. IM AM [AMPOLLA] - (INTRAMUSCULAR) 1 - UNIDAD - CLOREFENAMINA 10 MG/ML INYECTABLE [AMPOLLA] - (INTRAMUSCULAR) 1 - UNIDAD - BETAMETASONA FOSFATO DISODICO 4 MG/1ML AM [AMPOLLA] - (INTRAMUSCULAR)																																	
<b>Indicaciones al alta</b> REPOSO RELATIVO POR 3 DIAS DIETA BALANCEADA HIDRATACION A TOLERANCIA LAVADO DE MANOS FRECUENTE EN CASO DE SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A URGENCIAS CONTROL Y SEGUIMIENTO POR CESFAM																																	
SE DEJA TRATAMIENTO MEDICO 1- LORATADINA 10 MG COMPRIMIDO (51143002-140-3-24) 5 1 UNIDAD CADA 24 HORAS POR 5 DIAS VIA ORAL SEGUN INDICACION SOLICITADO SIN INDICACION 2- PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO (51143222-28-547-956) 9 1 UNIDAD CADA 8 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL SEGUN INDICACION SOLICITADO SIN INDICACION 3- IBUPROFENO 400 MG COMPRIMIDO (51142832-474-3-24) 9 1 UNIDAD CADA 8 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL																																	
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16040650)</b> 																																	
ERIC LINCOLP HUAQUILAF TECNICO PARAMEDICO 14217202-K																																	
LISKEY TORRES AGUILAR MEDICO APS 26136518-6																																	