



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 14879424

III A.

ADMISION: 02/10/2024 17:08		INICIO DE ATENCION: 02/10/2024 17:28		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: DENISSE ALEJANDRA MARILLAN CATRICURA		RUT : 22293172 - K		TELEFONO: 46341310 (CELULAR)							
DIRECCION: CALLE BUTACURA COMUNA: VILCUN		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 17 años 9 meses 4 dias (28/12/2006)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A							
SIGNS VITALES											
Hora :	02/10/2024 17:19	Motivo de Consulta REF. DISURIA Y CEFALEA.									
Temperatura Axilar:	37.2 [°C]	Observaciones Categorización REF. DISURIA, POLAQUIUERIA Y CEFALEA DESDE AYER									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:	133 [mmHg]										
Presión Diastólica:	62 [mmHg]										
Frecuencia Cardiaca:	93 ['x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Satometría:	98 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Funcionario Que Atiende Tipo de Consulta : ADULTO									
Dolor, EVA:	0 ['x]	Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA									
Distresado:	NO	Origen de la Procedencia DOMICILIO									
	SI - NO	Otros Datos * NINGUNO									
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES											
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"/> 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		<table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> </table>	DIA	MES	AÑO	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th> </tr> </thead> </table>	Hora aproximada del hecho		
DIA	MES	AÑO									
Hora aproximada del hecho											
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <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 14879424) N390 : INFECCION URINARIA											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C4											
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido											
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Sin Información.											
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C5											
Procedimientos e indicaciones en box EX DE ORINA + UC											
Procedimientos TOMA DE EXAMENES ORINA											
Indicaciones al alta REPOSO POR 3 DIAS REGIMEN COMUN, CONSUMO DE ABUNDANTE LIQUIDO PARACETAMOL 500 MG, 2 COMP SOS, MAXIMO CADA 8 HORAS CEFADROXILO 500 MG, 1 COMP CADA 12 HORAS POR 7 DIAS RECONSULTAR EN URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR FIEBRE, ESCALOFRIOS, VOMITOS Y DOLOR LUMBAR SOLICITAR CONTROL CON MEDICO GENERAL EN CESFAM EN 48 A 72 HORAS PARA RESCATAR UROCULTIVO Y AJUSTAR TRATAMIENTO SI ES NECESARIO V											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14879424) VICTOR RAUL BASCUÑAN IGOR MEDICO APS 18439360-3											

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.