

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 14998417

3^{RA}

ADmisión: 04/11/2024 13:11		INICIO DE ATENCION: 04/11/2024 14:11		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																														
NOMBRE: FERNANDA EMILIA HERNANDEZ QUINTANA		RUT: 24717798 - 1		TELÉFONO: 2335044 (FDO)																														
DIRECCION: CALLE TRARIPEL N° 1025, LOS CACIQUES S/N		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																														
COMUNA: PADRE LAS CASAS		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISIÓN: FONASA - A																														
EDAD: 10 años 2 meses 16 días (19/08/2014)																																		
SIGNOS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>04/11/2024 13:15</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>102 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td>19 ['x]</td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>97 [%]</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>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 :	04/11/2024 13:15	Temperatura Axilar:	36.2 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	102 ['x]	Frecuencia Respiratoria:	19 ['x]	Saturometría:	97 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	04/11/2024 13:15																																	
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]																																	
Temperatura Rectal:																																		
Presión Sistólica:																																		
Presión Diastólica:																																		
Frecuencia Cardiaca:	102 ['x]																																	
Frecuencia Respiratoria:	19 ['x]																																	
Saturometría:	97 [%]																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																		
Hemoglucotest:																																		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:																																		
Distresado:	NO	SI - NO																																
Motivo de Consulta ACCIDENTE ESCOLAR, CORRIENDO EN ED. FÍSICA SE GOLPEA OJO DERECHO CON BORDE DE LA ESCALERA (COLEGIO PROVIDENCIA)																																		
Observaciones Categorización ACCIDENTE ESCOLAR, CORRIENDO EN ED. FÍSICA SE GOLPEA OJO DERECHO CON BORDE DE LA ESCALERA ANT MORB: (-) RAM: (-) PESO 30 KG																																		
Funcionario Que Atiende <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																		
Tipo de Consulta : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA																																		
Origen de la Procedencia DOMICILIO																																		
Otros Datos * NINGUNO																																		
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <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"/> 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> <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"/> Frio <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> 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"/> 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"/> Frio <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> Hora aproximada del hecho :	DIA	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"/> 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"/> Frio <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> Hora aproximada del hecho :	DIA	MES	AÑO																													
DIA	MES	AÑO																																
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																																		
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4																																		
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 Hospitalización: Información.																																		
Categorización Cierre Atención C4																																		
Procedimientos e indicaciones en box RX DE ORBITAS AP SIN LESIONES																																		
Indicaciones al alta REPOSO EN CASA HOY Y MAÑANA FRIO LOCAL EN CASA POR 1 HORA POR 1 DIA IBUPROFENO 200MG/5ML: 8CC C/8H POR 3 DIAS TOMAR FOTOS DE LESION SI AUMENTO DE VOLUMEN EMPERA, DIFICULTAD PARA ABRIR EL OJO NO MEJORA, VISION DOBLE, BORROSA, RECONSULTAR																																		
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14998417) OSWALDO ARTURO CARRASQUEL GAGO MEDICO APS 26512593-K 																																		

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.
La Hipótesis diagnóstica o diagnóstico es provisoria, pues puede sufrir alteraciones debido a la evolución de la condición del consultante, si las molestias persisten o aumentan, debe recurrir de inmediato a la atención médica.