

DATOS DE URGENCIA

Nº DAU: _____

Jefe de turno med: _____

MOTIVO DE CONSULTA <i>Cólico - vómitos</i>		FECHA DE INGRESO <i>13/06/16</i>	HORA <i>11:26</i>
PRIMER APELLIDO <i>Monoz</i>	SEGUNDO APELLIDO <i>Chandía</i>	NOMBRES <i>Roberto</i>	

EDAD *50* RUN O PASAPORTE *10.485.868-6* OTRO MEDIO DE VERIFICACION _____

FECHA DE NACIMIENTO *11/9/65* TELEFONO _____ SEXO MASC ☒ FEM ☐

DIRECCION *Pobl. Villa Belen Ex-Saga*
Nº 380 COMUNA *TENCO*

PREVISION FONASA: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/>
CAPREDENA <input type="checkbox"/> S/PREVISION <input type="checkbox"/>
DIPRECA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> IGNORADO <input type="checkbox"/>
ISAPRE: _____

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE _____

PROCEDENCIA: SAPU ☐ OTROS HOSPITALES ☐ OTROS SS ☐

MEDIO DE TRANSPORTE	AMBULANCIA <input type="checkbox"/>	OTROS VEHICULOS MONITORIZADOS <input type="checkbox"/>		
VEHICULO CARABINEROS O PDI <input type="checkbox"/>	OTROS VEHICULOS NO MONITORIZADOS <input type="checkbox"/>	A PIE <input type="checkbox"/>		
TIPO DE ACCIDENTE	TRABAJO <input type="checkbox"/>	ESCOLAR <input type="checkbox"/>	TRANSITO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
	DE TRAYECTO <input type="checkbox"/>	AGRESION <input type="checkbox"/>	VIOLENCIA DE GENERO <input type="checkbox"/>	
LUGAR DEL ACCIDENTE: _____				

LEYES SOCIALES	Ley 19.650/99 de urgencia	
PRAIS <input type="checkbox"/>	CHILE SOLIDARIO <input type="checkbox"/>	CHILE CRECE CONTIGO <input type="checkbox"/>
OTROS PROGRAMA SOCIAL <input type="checkbox"/>		GES <input type="checkbox"/>

SIGNOS VITALES		HORA: <i>11:35</i>	PULSO: <i>93+</i>	FR: _____	Tº RECTAL _____	Tº AXILAR <i>36°C</i>
PRESION ARTERIAL <i>154/123</i>	SATURACION <i>96%</i>	E. DE GLASGOW _____	EVA _____			
CATEGORIZACION	C1 <input type="checkbox"/> C2 <input checked="" type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> C5 <input type="checkbox"/>	HORA _____	ENFERMERA _____	TENS <i>124/80</i>		
REEVALUACION	C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> C5 <input type="checkbox"/>	HORA _____	MEDICO ATENCION INTEGRAL _____			
PROFESIONAL _____	HORA DE ATENCION INTEGRAL _____					
ALCOHOLEMIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nº DE FRASCO _____		HORA <i>12:45</i>			

ANAMNESIS EXAMEN FISICO

TRATAMIENTO

AVE ☐ TIA ☐ IAM ☐
12:15 P.A. = 132/92.
1 - Viadil Clamptan

R.P. *Viadil Cgotar 1/3 gotas c/ Rhoeum en caso de vómitos*
y 10 doler abdominal.

ATENCION POR OTROS PROFESIONALES ENFERMERA ☐ MATRONA ☐ TENS ☐ OTROS: _____

PROCEDIMIENTOS GINECO-OBSTETRICO

HORA _____	LCF _____	TAC VAGINAL _____	AC.U _____	OTROS _____	
AU _____	FG _____	ESPECULOSCOPIA _____	MBNE: _____	FORMACION ENTREGADA: <i>13</i>	
PROCEDIMIENTOS:		QUEMADO _____	GRAN QUEMADO _____	KIT V. V. _____	ELECTROCARDIOGRAMA _____
CURACION <input type="checkbox"/>	HEMOGLUCOTEST _____	CINT. REAC. ORINA _____	SUTURA _____	LAVADO GASTRICO _____	VYESS _____
NEBULIZACION <input type="checkbox"/>	INST. SONTA NASOGASTRICA _____	CABESTRILLO _____	INYECTABLE _____	INMOVILIZACION _____	PERUI _____
ASEO OCULAR <input type="checkbox"/>	IRRIGACION VESICAL _____			PUNCION _____	OTROS _____
R. DE PUNTOS <input type="checkbox"/>	AFRONTAMIENTO _____			SONDA FOLEY _____	
PRONOSTICO	LEVE <input type="checkbox"/>	MEDIANA GRAVEDAD <input type="checkbox"/>	GRAVE <input type="checkbox"/>	SIN LESIONES <input type="checkbox"/>	
DESTINO	HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/>	TRASLADO <input type="checkbox"/>	RESCATE <input type="checkbox"/>	FALLECIDO <input type="checkbox"/>	DERIVACION <input type="checkbox"/>

HIPOTESIS DIAGNOSTICA AL TERMINO DE LA ATENCION DE URGENCIA: *Ad. Duodenico ag*

INDICACIONES AL TERMINO DE ATENCION: *1 - Reg Blando sin ruidos*