

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR
COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO
SERVICIO DE URGENCIA
J. M. Carrera 3204
Mesa Central: 2576 30 00 - Santiago

JEFE DE TURNO:
OSORIO TORREJON CONSTANZA
FIRMA

RECAUDADOR:
19.400.434 - 6 TUNA 1815
FIRMA

03376710

CATEGORIZACION
RESPONSABLE

VALLENAR

14:06:50

09/05/17

HOGAR

NOMBRE PACIENTE

RUT PACIENTE

DATE DE ATENCION DE URGENCIA

DOMICILIO

COMUNA

EDAD

SEXO

FONO

PREVISION

N° FICHA

N° BOLETA

FECHA

HORA

LUGAR DE OCURRENCIA

TRAIDO POR

TIPO DE ATENCION

ANTECEDENTES

HORA TRIAGE

P° ARTERIAL

PULSO

T° AX. / Rectal

F. RESP.

SAT

HTA

DBT

IR

HORA DE ATENCION MEDICA

ALERGIA

TIPO

CARDIOPATIA

ENFERMEDAD RESPIRATORIA

MOTIVO DE CONSULTA

ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO

HIPOTESIS DIAGNOSTICA:

SOLICITA HRS MIN	PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS	ENTREGA HRS MIN	INDICACIONES AL ALTA
16:40	Dilatación de la tráquea	17:16	Control con Neurologo NEFECIL 125 mg 48 H x 5 días
Resultado Examen:			REPOSO CONTROL
			SI NO N° días SI NO Fecha
			16:35
			HORA DE ALTA

DESTINO	PRONOSTICO	NUMERO DE PRESTACIONES
☒ DOMICILIO ☐ HOSPITAL ☐ OTRO	☐ LEVE ☐ MED/GRAV ☐ GRAVE	☒ QUIRURGICA ☐ MEDICA ☐ TRAUMATOLOGICA
		☐ NEUROQUIRURGICAS ☐ NEUROLOGIA ☐ PSIQUIATRIA
		☐ CARDIOVASCULAR ☐ DENTAL ☐ OTROS

DIAGNOSTICO ALTA N° 1	DIAGNOSTICO ALTA N° 2
Migraña	

ALCOHOLEMIA	SI	NO	GRADO:	RUT DEL MEDICO:
NOMBRE DEL MEDICO	Dr. P. Gómez			FIRMA MEDICO:
DIAGNOSTICO GES:	TOME CONOCIMIENTO: FIRMA O HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE:			

Declaro que he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las GES (Garantías explícitas en salud) establecidas en la Ley 19.966, en la medida que la atención sea otorgada en la red de prestadores que corresponda, me podré informar en FONASA o ISAPRE. Así mismo he sido informado de la existencia de instrumentos informativos: Escaner AUGES y Cronómetro AUGES disponibles en el Portal Web de la Superintendencia de Salud: www.supersalud.cl Ante incumplimiento se puede reclamar en FONASA o ISAPRE y en segunda instancia en la Superintendencia de Salud.

LABORATORIO	HORA ENTRADA
N° DATO:	
NOMBRE:	
PREVISION:	
FECHA:	
HORA:	
☐ ORINA ☐ GLICEMIA ☐ NITROGENO UREICO ☐ ELECTR. PLASMATICO	☐ SANGRE ☐ CREATININA ☐ HEMATOCRITO ☐ PROTRROMBINA
(MARQUE UN FLUIDO POR ORDEN)	
OTROS EXAMENES:	
HORA SALIDA	
Nombre y Firma Médico Tratante	Nombre y Firma Médico Tratante

REYES ILLANES JAVIER

ALEJANDRO J. GARCIA A.