



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL  
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO  
Departamento de Personal

PARRAL, 19 Nov 2015

DECRETO EXENTO N°: 11.833./

**VISTOS:**

- 1.- Las facultades que me confieren la ley N° 16.695 de 1988, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.
- 2.- Lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios a Honorarios año 2015.
- 3.- El certificado Médico presentado por don (a) **DANIEL ESPINACE PEÑAILLO**.
- 5.- El Decreto Exento N° 6071, de fecha 14.12.2012, que delega la firma de Alcalde en el Administrador Municipal a don **IVAN DAMINO HERNANDEZ**.

**DECRETO:**

**AUTORIZASE**, a don (a) **DANIEL ESPINACE PEÑAILLO**, Honorarios, tres (3) días de reposo, para el restablecimiento de su salud, a contar del 03.11.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 06.11.2015.

**ANOTESE Y COMUNIQUESE  
POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA.**



**IVAN DAMINO HERNANDEZ  
ADMINISTRADOR MUNICIPAL**



**ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO  
SECRETARIA MUNICIPAL**

IDH/ARC/EGP/epc.

DISTRIBUCION:

- Archivo.
- Personal.

**DATOS DE ATENCION DE URGENCIA (D.A.U.)**

NIVEL: C3

PARRAL, HOSPITAL DE - PARRAL

Nº.: 63755	Atención: GENERAL/INDIFERENCIADA	Fecha Ingreso: 02/11/2015 18:39:50 hrs.	CARLOS-M
RUT: [REDACTED]	Nombre: ESPINACE PENAILLO DANIEL MICHEL	Ficha: 127721	Sexo: MASCULINO
Edad: 21-Años	Fec.Nac.: 19/10/1994	Domicilio: POB DON SEBASTIAN PJ 11 CASA 68	
Comuna: PARRAL	Nº Teléfono Fijo: 87028392	Nº Teléfono Celular: [REDACTED]	
Calidad Previsional: FONASA - A	Institución: FONASA	Chile solidario: PRAIS:	
Motivo Consulta: FIEBRE		Medio Llegada: POR SUS PROPIOS MEDIOS	
Procedencia:		Accidente Tránsito: Otro:	
Lugar del Accidente :			

<b>ANTECEDENTES CLINICOS Y SIGNOS VITALES</b>	Fecha: 02/11/2015 18:41:03 hrs.	<b>NATIVIDAD-</b>
---	---------------------------------	-------------------

Descripción del Evento: PACIENTE REFIERE DOLOR DE GARGANTA Y FIEBRE INTERMITENTE DESDE AYER

Riesgo de Caída: NO PRESENTA RIESGO

Presión: 126 / 81 Temp. Axilar: 37.3° Pulso: 100 x' HGT:            Peso:           

Alergias: NO DM: NO LCFA: NO HTA: NO

SAT O2 %: 99 GLASGOW:            EVA:            ECG:            F.R.:           

F.U.R.:            Gestación(es):  Partos:  Abortos:  Sem.Gestación:  Días:  Latidos Cardíofetales:

<b>DATOS DE ATENCION</b>	ATENDIDO <input checked="" type="checkbox"/>	NO CONTESTA LLAMADO <input type="checkbox"/>	ABANDONA ATENCION <input type="checkbox"/>
--------------------------	--	--	--

FECHA y HORA INICIO ATENCIÓN : 02/11/2015 18:52

Diagnóstico Principal: H669 - OTITIS MEDIA, NO ESPECIFICADA

Diagnóstico Complementario: OMA

TRATAMIENTO	INDICACION
	- Reposo en casa x 3 días - Abundante liquido - Amoxicilina 1 gr c/12 hrs x 7 días - Ibuprofeno 400 c/8 hrs x 5 días

PATOLOGIA GES:  Si  No Confirmación Diagnóstica:  Si  No En Tratamiento:  Si  No

ATENCIÓN ASOCIADA A VIOLENCIA:  Si  No Tipo:            Anticonceptivo de Emergencia:

ATENCIÓN POR ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA:  Si  No Anticonceptivo de Emergencia:

CONDICIÓN POST ATENCION :  Vivo  Fallecido Pronóstico: LEVE

Presión: / Temp. Axilar: ° Temp. Rectal: ° Peso:           

Alcoholemia: NO Nro.Frasco            Nombre Funcionario Policial:            Placa Nº:           

Destino:  Domicilio  Hospitalizar  A.P.S.  Otro Establecimiento  Otro

FECHA y HORA FIN ATENCIÓN: 02/11/2015 19:00

Observación:           

Acompañante: Nicolás Saenz C. Nº Teléfono Celular:           

SALUD  
MEDICO OJALIANO

*Licio*