



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL
NUESTRO COMPROMISO ES CONTIGO
Departamento de Personal

PARRAL, 14 Set 2015

DECRETO EXENTO N°: 9.199 /

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 PEÑAILILLO**.
- 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 PEÑAILILLO**, Honorarios, tres (3) días de reposo , para el restablecimiento de su salud, a contar del 22.08.2015, debiendo reasumir a sus funciones el día 25.08.2015.

ANOTESE, COMUNIQUESE, TRANSCRIBASE, Y REGISTRESE EN SISTEMA SIAPER-MUN.

POR ORDEN DE LA SEÑORA ALCALDESA.



IVAN DAMINO HERNANDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL



ALEJANDRA ROMAN CLAVIJO
SECRETARIA MUNICIPAL

IDH/ARC/EGP/epc.

DISTRIBUCION:

- Archivo
- Personal.

DATOS DE ATENCIÓN DE URGENCIA (D.A.U.)

PARRAL, HOSPITAL DE - PARRAL

NIVEL: C4

Nro.: 52943	Atención: GENERAL/INDIFERENCIADA	Fecha Ingreso: 22/08/2015 21:23:07 hrs.	CARMEN-F
RUT: XXXXXXXXXX	Nombre: ESPINACE PENAILILLO DANIEL MICHEL	Ficha: 127721	Sexo: MASCULINO
Edad: 20-Años	Fec.Nac.: 19/10/1994	Domicilio: POB DON SEBASTIAN PJ 11 CASA 68	
Comuna: PARRAL	Nº Teléfono Fijo: 87028392	Nº Teléfono Celular: 78345572	
Calidad Previsional: FONASA - A	Institución: FONASA	Chile solidario: PRAIS:	
Motivo Consulta: dolor de cuerpo		Medio Llegada: POR SUS PROPIOS MEDIOS	
Procedencia:		Accidente Tránsito: Otro:	
Lugar del Accidente :			

ANTECEDENTES CLINICOS Y SIGNOS VITALES	Fecha: 22/08/2015 21:43:35 hrs.	HERNOL-
---	--	----------------

Descripción del Evento: CONSULTO EN LA MAÑANA POR DOLOR ABDOMINAL, AHORA ESTA CON MALESTAR GENERAL, FIEBRE Y DECAÍDO

Riesgo de Caída:

Presión: 114 / 70 Temp. Axilar: 37° Pulso: 97 x' HGT: Peso:

Alergias: NO DM: NO LCFA: HTA: NO

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

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

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

FECHA y HORA INICIO ATENCIÓN : 22/08/2015 21:57

Diagnóstico Principal: J00X - RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Diagnóstico Complementario:

TRATAMIENTO
Diclofenaco 75mg IM

INDICACION
Reposo en domicilio por 3 días
Hidratación abundante
Congestex 1 comprimido cada 8 hrs por 4 días
Ibuprofeno 600mg cada 8 hrs por 3 días
Control SOS

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: SIN PRONOSTICO MEDICO

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

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

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

FECHA y HORA FIN ATENCIÓN: 22/08/2015 22:10

Observación:

Acompañante: _____ RUT: _____ Nº Teléfono Celular: _____

SAEZ CORTES NICOLAS

Nicolás Sáez C.
Médico Capujano
15.336.154-5
M. 29820-4