

SCA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO		NUMERO DE ATENCION: 11952211																																								
ADMISION: 27/03/2022 15:11		INICIO DE ATENCION: 27/03/2022 16:04																																								
NOMBRE: MIA ANDREA BELTRAN JIMENEZ		RUT: 23661168 - K	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																							
DIRECCION: CALLE MARTIN ALONQUEO 1395 B, TEMUCO-CHILE S/N		TELEFONO: 64504033 (CELULAR)																																								
EDAD: 10 años 10 meses 7 dias (20/05/2011)		SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																							
		PREVISION: FONASA - A																																								
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>27/03/2022 15:43</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>36.3 [°C]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardiaca:</td> <td>85 ['x]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>99 [%]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglucoset:</td> <td></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>SI - NO</td> <td>SI - NO</td> </tr> </table>				Hora :	27/03/2022 15:43		Temperatura Axilar:	36.3 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	85 ['x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	99 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucoset:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	SI - NO	SI - NO
Hora :	27/03/2022 15:43																																									
Temperatura Axilar:	36.3 [°C]																																									
Temperatura Rectal:																																										
Presión Sistólica:																																										
Presión Diastólica:																																										
Frecuencia Cardiaca:	85 ['x]																																									
Frecuencia Respiratoria:																																										
Saturometría:	99 [%]																																									
Latidos Cardio - Fetales:																																										
Hemoglucoset:																																										
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																								
Dolor, EVA:																																										
Distresado:	SI - NO	SI - NO																																								
Motivo de Consulta ODINOFAGIA, FIEBRE, PCR (+) REF ALTA COVID																																										
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td> <td>Tipo de Consulta : INFANTIL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td> <td>Atención Manifestación Social: NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td> <td>Tipo de Paciente: NO APlica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td> <td>Origen de la Procedencia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td> <td>DOMICILIO</td> </tr> </table>				<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL	<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO	<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APlica	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	Origen de la Procedencia	<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	DOMICILIO																											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																																									
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																									
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APlica																																									
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																										
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	Origen de la Procedencia																																									
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	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"/> Rifa <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Otro </td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <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>ANO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> <td> 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"/> Rifa <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <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>ANO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	ANO				Hora aproximada del hecho : : :																										
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"/> Rifa <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <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>ANO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	ANO				Hora aproximada del hecho : : :																																	
DIA	MES	ANO																																								
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <tr> <td> <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 </td> </tr> </table>				<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																																						
<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																																										
Diagnóstico (DAU Nº 11952211) 300X : (En estudio) RESFRIO COMUN																																										
Resultado aplicación protocolo selector de demanda CS																																										
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																										
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control																																										
Categorización Cierre Atención CS																																										
Procedimientos e indicaciones en box																																										
Indicaciones al alta ABUNDANTE LIQUIDO PARACETAMOL 1 CADA 8 HRS POR 3 DIAS CLORFENAMINA 1 COMP DIARIO POR 5 DIAS AB MASTICABLES 1 CADA 8 HRS POR 3 DIAS (COMPRAR) AMBROXOL JARABE: 5 ML CADA 8 HRS POR 5 DIAS (COMPRAR) CONTROL MEDICO EN POLICLINICO DE SU CENTRO DE SALUD PROXIMA SEMANA EN CASO DE PERSISTIR EN CASO DE SOS ACUDIR A URGENCIAS.																																										
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 11952211) MARIANA DE JESUS GUERRERO LUGO MEDICO APS 26616481-5																																										

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.