



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 12542826

6eA.

ADMISION: 10/10/2022 10:24		INICIO DE ATENCION: 10/10/2022 10:49		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																															
NOMBRE: MATILDA INES BUTAMANCO RIVEROS		RUT: 23646026 - 6		TELEFONO: 84344265 (CELULAR)																															
DIRECCION: CALLE SAVONA 0711		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																															
EDAD: 11 años 4 meses 23 dias (17/05/2011)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - C																															
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>10/10/2022 10:38</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>37.6 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>141 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>97 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	10/10/2022 10:38	Temperatura Axilar:	37.6 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	141 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	97 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	Dolor, EVA:		Distresado:	SI - NO		SI - NO		
Hora :	10/10/2022 10:38																																		
Temperatura Axilar:	37.6 [°C]																																		
Temperatura Rectal:																																			
Presión Sistólica:																																			
Presión Diastólica:																																			
Frecuencia Cardiaca:	141 ['x]																																		
Frecuencia Respiratoria:																																			
Saturometría:	97 [%]																																		
Latidos Cardio - Fetales:																																			
Hemoglucotest:																																			
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I																																		
Dolor, EVA:																																			
Distresado:	SI - NO																																		
	SI - NO																																		
Motivo de Consulta PADRE REFIERE FIEBRE, DOLOR MUSCULAR, NAUSEAS Y TOS CON FLEMAS																																			
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td></tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Odontólogo	<input type="checkbox"/> Matrón(a)	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																								
<input checked="" type="checkbox"/> Médico																																			
<input type="checkbox"/> Odontólogo																																			
<input type="checkbox"/> Matrón(a)																																			
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																			
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																			
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																			
Tipo de Consulta : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA																																			
Origen de la Procedencia DOMICILIO																																			
Otros Datos * NINGUNO																																			
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Naturaleza del Hecho</td> <td colspan="2">Elemento Causante</td> <td colspan="2">Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente de tránsito</td><td><input type="checkbox"/> Contundente</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidente laboral</td><td><input type="checkbox"/> Cortante</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidente escolar</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Punzante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidente doméstico</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Corto-punzante</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arma de Fuego</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Agresión</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Explosión</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Agresión</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Calor</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Riña</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frío</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mordedura de perro</td><td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Agresión sexual</td><td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro</td><td></td> </tr> </table>						Naturaleza del Hecho		Elemento Causante		Fecha Aproximada del Hecho		<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Corto-punzante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arma de Fuego	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Explosión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frío	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Agresión sexual		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro	
Naturaleza del Hecho		Elemento Causante		Fecha Aproximada del Hecho																															
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Punzante																														
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Corto-punzante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arma de Fuego	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Explosión																														
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frío	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro																														
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Agresión sexual		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro																															
Fecha Aproximada del Hecho DIA MES AÑO : : :																																			
Hora aproximada del hecho :																																			
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <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 12542826) J111 : GRIPE CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO																																			
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5																																			
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 C5																																			
Procedimientos e indicaciones en box PARACETAMOL 500MG 1/ 2 C 6 H LORATADINA 10MG 1/2 AL DIA ASEO NASAL ABUNDANTE LIQUIDO																																			
Indicaciones al alta REPOSO EN SU DOMICILIO POR 3 DIAS DESDE 11 DE OCT																																			
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12542826)																																			
CLAUDIO TEBACHE RETAMAL MEDICO APS 9287071-5																																			
Dr. Claudio Tebache Retamal Medicina General Ad. Niños Univ. de La Frontera Rut: 9.287.071-5																																			

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de 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.