



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU VILLA ALEGRE

NUMERO DE ATENCION: 12544509

6-A.-

ADMISION: 10/10/2022 17:35		INICIO DE ATENCION: 10/10/2022 18:34		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																																	
NOMBRE: MARIANA TRINIDAD QEUPUMIL ZAVALA		RUT: 23510267 - 6	TELEFONO: 68277802 (CELULAR)																																																		
DIRECCION: CALLE TABOLARA 1860 V. CAUTIN S/N		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																																		
EDAD: 11 años 9 meses 20 dias (20/12/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - B																																																		
SIGNOS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td colspan="2">10/10/2022 17:45</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td colspan="2">38.5 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td colspan="2">133 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td colspan="2">98 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td><td>SI - NO</td><td colspan="3"></td></tr> </table>						Hora :	10/10/2022 17:45		Temperatura Axilar:	38.5 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardíaca:	133 ['x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	98 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I				Dolor, EVA:						Distresado:	NO	SI - NO			
Hora :	10/10/2022 17:45																																																				
Temperatura Axilar:	38.5 [°C]																																																				
Temperatura Rectal:																																																					
Presión Sistólica:																																																					
Presión Diastólica:																																																					
Frecuencia Cardíaca:	133 ['x]																																																				
Frecuencia Respiratoria:																																																					
Saturometría:	98 [%]																																																				
Latidos Cardio - Fetales:																																																					
Hemoglucotest:																																																					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																																			
Dolor, EVA:																																																					
Distresado:	NO	SI - NO																																																			
Motivo de Consulta - FIEBRE, DOLOR DE GARGANTA Y CABEZA																																																					
Funcionario Que Atiende <table> <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> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> <td>Hora 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"/> Riña <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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro </td> <td> <table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> <td>:</td> </tr> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora 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"/> Riña <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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				:																																		
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora 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"/> Riña <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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				:																																												
DIA	MES	AÑO																																																			
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><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 12544509) JO0X : (En estudio) RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)																																																					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4																																																					
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 C4																																																					
Indicaciones al alta PARACETAMOL 500MG CADA 8 HORAS X 5 DIAS CLORFENAMINA 4MG X 5 DIAS SALBUTAMOL 2 PUFF CADA 12 HORAS X 5 DIAS ABUNDANTES LÍQUIDOS REPOSO EN CASA POR 4 DIAS DESDE MAÑANA 11/10/2022																																																					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12544509) GREISON LEON GUIA MEDICO APS 27124158-5																																																					

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.