

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 12532495

ADMISSION: 06/10/2022 18:12		INICIO DE ATENCION: 06/10/2022 19:05		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: KATHERINE NICOL VIVEROS LIZAMA		RUT: 23401052 - 2		TELEFONO: 59604829 (CELULAR)							
DIRECCION: RIO BAKER N° 721		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 12 años 1 meses 19 días (17/08/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A							
SIGNOS VITALES											
Hora :	06/10/2022 18:13										
Temperatura Axilar:	37.3 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	115 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	95 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	SI - NO	SI - NO									
Motivo de Consulta ESTDO GRIPAL, DOLOR DE CABEZA, DOLOR DE GARGANTA, DESDE AYER											
Funcionario Que Atiende											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matron(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											
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"/> 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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <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"><thead><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> Hora aproximada del hecho :		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
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 N° 12532495) J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5											
Anamnesis e historia clínica CONSULTA POR CUADRO DE TOS SECA , RINORREA , CEFALEA ODINOFAGIA HACE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN , NIEGA FIEBRE AL EXAMEN FÍSICO FARINGE CONGESTIVA ERITEMATOSA , PULMONAR NO MUESTRA ALTERACIÓN											
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido											
Procedimientos e indicaciones en box METAMIZOL 1 AMP											
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control											
Indicaciones al alta REPOSO POR 3 DIAS HIDRATACION HIDRATACION PARACETAMOL 1 COIMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS CLORFENAMINA 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS BRONCATOX 10 ML CADA 8 HRS POR 7 DIAS CONTROL AL POLI											
Categorización Cierre Atención C5											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12532495) VLADIMYR DECEIDE DECEIDE MEDICO APS 26864778-3											

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.