

82.



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 11914619

ADMISION: 14/03/2022 22:27	INICIO DE ATENCION: 14/03/2022 22:38	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																												
NOMBRE: ANAIS STEFANY ARELLANO SANDOVAL DIRECCION: ÑAHUE 1780 EDAD: 13 años 0 meses 7 dias (07/03/2009)		RUT: 22980974 - 1 SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) TELEFONO: 84969977 (CELULAR) PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - B																												
SIGNOS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>14/03/2022 22:29</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.1 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>113 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>76 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>91 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>98 [%]</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 :	14/03/2022 22:29	Temperatura Axilar:	36.1 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:	113 [mmHg]	Presión Diastólica:	76 [mmHg]	Frecuencia Cardiaca:	91 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	98 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	Dolor, EVA:		Distresado:	SI - NO		SI - NO
Hora :	14/03/2022 22:29																													
Temperatura Axilar:	36.1 [°C]																													
Temperatura Rectal:																														
Presión Sistólica:	113 [mmHg]																													
Presión Diastólica:	76 [mmHg]																													
Frecuencia Cardiaca:	91 ['x]																													
Frecuencia Respiratoria:																														
Saturometría:	98 [%]																													
Latidos Cardio - Fetales:																														
Hemoglucotest:																														
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I																													
Dolor, EVA:																														
Distresado:	SI - NO																													
	SI - NO																													
Motivo de Consulta R 2 D V COVID CEFALÉA ,FIEBRE DOLOR DE GARGANTA,FIEBRE .ANOSMIA																														
Funcionario Que Atiende <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>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"/> 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"/> Frio <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> </tr> <tr> <td colspan="2"></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"/> 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"/> Frio <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						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"/> 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"/> Frio <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																												
		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 11914619) U07.2 : SOSPECHA DE CORONAVIRUS (COVID-19)																														
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																														
Indicaciones al alta ABUNDANTE LIQUIDO REPOSO EN DOMICILIO POR 5 DIAS , SI PCR ES POSITIVO COMPLETAR 7 DIAS EN DOMICILIO DOMICILIO: ÑAHUE 1780 PLC CELULAR: 84969977(MADRE) FOLIO PCR: 24139502																														
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 11914619) GLADYS ALEJANDRA MUÑOZ AEDO MEDICO APS 13318335-3																														

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.

Dra Gladys Muñoz Aedo
13318335-3
Médico Cirujano UFRO