



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: **SAPU SANTA ROSA**

NUMERO DE ATENCION: 14349723

ADMISION: 21/04/2024 15:53		INICIO DE ATENCION: 21/04/2024 16:59		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: AYLIN ROCIO GARCIAS SEITZ		RUT : 21960116 - 6		TELÉFONO: 64482691 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE VOLTAIRE Nº 890		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		
EDAD: 18 años 6 meses 0 días (21/10/2005)		PREVISION: FONASA - B				
<b>SÍGNOS VITALES</b>						
Hora :	21/04/2024 16:55					
Temperatura Axilar:	38.3 [°C]					
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:						
Presión Diastólica:						
Frecuencia Cardíaca:	121 [x]					
Frecuencia Respiratoria:						
Saturometría:	97 [%]					
Latidos Cardio - Fetales:						
Hemoglucotest:						
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I				
Dolor, EVA:						
Distresado:	SI - NO	SI - NO				
<b>Motivo de Consulta</b>						
REF: MIALGIA, DOLOR DEL PECHO, CEFALÉA, COGESTIÓN NASAL, ODINOFAGIA, 2 DIAS.						
<b>Observaciones Categorización</b>						
REF: MIALGIA, DOLOR DEL PECHO, CEFALÉA, COGESTIÓN NASAL, ODINOFAGIA, 2 DIAS.						
<b>Funcionario Que Atiende</b>						
<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 : ADULTO						
Atención Manifestación Social: NO						
Tipo de Paciente: NO APLICA						
<b>Origen de la Procedencia</b>						
DOMICILIO						
<b>Otros Datos</b>						
* NINGUNO						
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>						
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>				
<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"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corte-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>	
						:
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>						
<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						
<b>Diagnóstico (DAU Nº 14349723)</b>						
J039 : AMIGDALITIS AGUDA						
Resultado aplicación protocolo selector de demanda						
C4						
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>						
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido						
<b>Destino Inmediato del Paciente</b>						
Alta domicilio						
Con indicación de tratamiento en su estab.						
Destino:						
Fecha de Indicación Sin						
Hospitalización: Información						
<b>Categorización Cierre Atención</b>						
C5						
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>						
PENICILINA BENZATINICA 1,2,M# 1M						
<b>Indicaciones al alta</b>						
REPOSO X 5 DIAS HIDRATACION IBUROFENO 400 MG CADA 8XH 3D URGENCIA SOS POLICLINICO SOS						
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14349723)</b>						
KERBY ELBEAU . MEDICO APS 26655972-0						

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.