

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 11931950

ADMISSION: 20/03/2022 16:39	INICIO DE ATENCION: 20/03/2022 17:08	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: JOSEFINA CELESTE ESPINOZA CAYUNAO	RUT: 23960029 - 8	TELÉFONO: 59497736 (CELULAR)
DIRECCIÓN: CALLE ACEVEDO Nº 175, POBLACION MEZA	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): FONASA - B
EDAD: 9 años 9 meses 26 días (22/05/2012)		

SIGNOS VITALES		Motivo de Consulta
Fecha:	20/03/2022 16:40	R.2 D V COVID DESDE AYER CON ODINOFAGIA, DOLOR ABDOMINAL, CONGESTION NASAL, FIEBRE
Temperatura Axilar:	37.7 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	140 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturación:	98 [%]	
Calidad Cardíaca - Fetales:		
Temperatura Teste:		
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I
Piel, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta
☒ Médico	INFANTIL
☐ Odontólogo	
☐ Matron(a)	Atención Manifestación Social: NO
☐ Informante(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA
☐ Psicólogo	
☐ Kinesólogo	
	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	Hora aproximada del hecho								
☐ Accidente de tránsito ☐ Accidente laboral ☐ Accidente escolar ☐ Accidente doméstico ☐ Accidente en la vía pública ☐ Agresión ☐ Riña ☐ Violencia intrafamiliar ☐ Quebranto de perro ☐ Acto sexual ☐ Otro	☐ Contundente ☐ Cortante ☐ Punzante ☐ Corte punzante ☐ Arma de Fuego ☐ Explosión ☐ Calor ☐ Frío ☐ Otro	<table border="1"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table>	Hora aproximada del hecho	
DÍA	MES	AÑO									
Hora aproximada del hecho											

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral
☐ Paciente sin lesiones ☐ Leve (0 - 14 días) ☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días) ☐ Grave (30 días o más) ☐ Se requieren exámenes complementarios

Diagnóstico (DAU Nº 11931950)

U07.2 : SOSPECHA DE CORONAVIRUS (COVID-19)

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Condición del paciente al cierre de atención

☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

☐ Alta domicilio
☐ Sin control

Categorización Cierre Atención

C4

Anamnesis e historia clínica

ALIENTE POR ODINOFAGIA EPIGASTRICALGIA, RINORREA, CEFALIA NIFCA CONTACTO DE RIESGO

EXAMEN FISICO

ARIESP SIN ALTERACIONES

ODINOFARINGE CONGESTIVA

AMIESP SIN ALTERACIONES

ADP NR

ADP NR

ADP NR

Procedimientos e indicaciones en box

SE HA NOTIFICADO CORRECTAMENTE AL PACIENTE: JOSEFINA CELESTE ESPINOZA

RECIBIDO: 21/3/2022

Indicaciones al alta

ANORA INDICO

PARALERAMOL 1 CADA 8 POR 7 DIAS

DICLOFENACATO 1 5MG DIA POR 7 DIAS

IBUPROFENO 400 MG 1 CADA 8 POR 3 DIAS

INDICO HISOPADO NASOFARINGEO POR SOSPECHA DE COVID

MEDIDAS DE AISLAMIENTO:

MANTENER AISLAMIENTO DOMICILIARIO POR 4 DIAS.

LAVADO DE MANOS FRECUENTE CON AGUA Y JABON POR MINIMO 20 SEGUNDOS.

PREFERIBLEMENTE HABITACIÓN EXCLUSIVA.

EVITAR SALUDOS DE MANOS O BESOS.

BAÑO EXCLUSIVO O LIMPIAR CON HIDROALCOHOL 70% O AGUA CLORADA POSTERIOR AL USO.

EN ZONAS COMUNES: USO DE MASCARILLA, RESPETAR DISTANCIA 1,5 - 2 MTS.

VENTILAR TODOS LOS DIAS LA CASA Y NO COMPARTIR UTENSILIOS COMO PLATOS, CUBIERTOS VASOS O CEPILLOS.

ROPA SUCIA RECOGER EN BOLSA PLASTICA E INTRODUCIR EN LAVADORA Y PROGRAMAR CON AGUA CALIENTE, ENTRE 60°C Y 90°C.

IMPORTANTE: EN CASO DE PERSISTIR O PRESENTAR SINTOMAS DE PREDOMINIO RESPIRATORIO LLAMAR A SALUD

RESPONDE: 600- 360- 1111.

EN CASO DE NO TENER RESPUESTA EN 4 DIAS, LLAMAR A CALL CENTER COVID-19 452742145 0-452742145

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 11931950)