

5/11/22, 19:11

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 12644383

ADMISION: 05/11/2022 18:05	INICIO DE ATENCION: 05/11/2022 19:04	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: CATALINA ANDREA ORTIZ AREVALO	RUT: 24015227 - 4	TELEFONO: 60378880 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE VALLE DE LA LUNA 3070, PARQUE COSTANERA S/N	PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 10 años 3 meses 19 días (17/07/2012)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A

SIGNOS VITALES

Hora :	05/11/2022 18:05	05/11/2022 18:57
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	130 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	97 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Motivo de Consulta

REF. FIEBRE, TOS, DECAIDA

Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico
☐ Odontólogo
☐ Matron(a)
☐ Enfermero(a)
☐ Técnico Paramédico
☐ Kinesiólogo

Tipo de Consulta : ADULTO

 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

- ☐ Accidente de tránsito
☐ Accidente laboral
☐ Accidente escolar
☐ Accidente doméstico
☐ Accidente en la vía pública
☐ Agresión
☐ Riña
☐ Violencia intrafamiliar
☐ Mordedura de perro
☐ Agresión sexual
☐ Otro

Elemento Causante

- ☐ Contundente
☐ Cortante
☐ Punzante
☐ Corto-punzante
☐ Arma de Fuego
☐ Explosión
☐ Calor
☐ Frío
☐ Otro

Fecha 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 N° 12644383)

J209 : FARINGOBRONQUITIS

Anamnesis e historia clínica

ANT-

RAM: AMOXICILINA

REFIERE CUADRO DE TOS HUMEDA, DECAIMIENTO, MIALGIAS, FIEBRE, ODINOFAGIA, SIN OTROS SINTOMAS
 AL EX, HIDRATADA, BIEN PERFUNDIDA
 FARINGE HIPEREMICA, SIN EXUDADOS
 RR2TNAS
 MP+ RONCUS TERCIO MEDIO IZQUIERDO

Procedimientos e indicaciones en box

Indicaciones al alta

REPOSO EN CASA POR 4 DIAS
 ABUNDANTE LIQUIDO
 SALBUTAMOL 2 PUFF C/6HRS POR 5 DIAS
 CLORFENAMINA 4MG CADA 12HRS POR 3 DIAS
 IBUPROFENO 400MG C/8HRS POR 3 DIAS EN CASO DE FIEBRE O DOLOR
 RECONSULTAR SOS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12644383)

PAULO ALFREDO PRIETO LAGOS
 MEDICO APS
 16854197-K

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

C5

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.