

21B.

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 DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																									
EDAD: 10 años 3 meses 19 dias (17/07/2012)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A																																									
SIGNOS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>05/11/2022 18:05</td><td>05/11/2022 18:57</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.5 [°C]</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>130 ['x]</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Saturometria:</td><td>97 [%]</td><td></td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>					Hora :	05/11/2022 18:05	05/11/2022 18:57	Temperatura Axilar:	36.5 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	130 ['x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometria:	97 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA	Dolor, EVA:			Distresado:	SI - NO	SI - NO
Hora :	05/11/2022 18:05	05/11/2022 18:57																																									
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]																																										
Temperatura Rectal:																																											
Presión Sistólica:																																											
Presión Diastólica:																																											
Frecuencia Cardiaca:	130 ['x]																																										
Frecuencia Respiratoria:																																											
Saturometria:	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 <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																																											
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"/> 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 12644383)

J209 : FARINGOBRONQUITIS

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

CS

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

Condición del paciente al cierre de atención

-
- Vivo
-
-
- Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Sin control

Categorización Cierre Atención

CS

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 Nº 12644383)

PAULO ALFREDO PRIETO LAGOS
MEDICO APS
16854197-K