



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12040362

308

ADMISSION: 28/04/2022 17:14		INICIO DE ATENCION: 28/04/2022 17:36		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MARTINA PADILLA HENRIQUEZ		RUT: 24357227 - 4		TELÉFONO: 97214118 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE EL MIRADOR 37 LAS PRADENAS				PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 8 años 8 meses 20 días (08/08/2013)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A	

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora :	28/04/2022 17:25		ODINOFAGIA, TOS CON FLEMAS		
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]		Funcionario Que Atiende		
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : ADULTO	
Presión Diastólica:			<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO	
Frecuencia Cardíaca:	100 [x]		<input type="checkbox"/> Matron(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA	
Frecuencia Respiratoria:			<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Origen de la Procedencia	
Saturometría:	99 [%]		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		
Latidos Cardio - Fetales:			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	DOMICILIO	
Hemoglucotest:			Otros Datos		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:			* NINGUNO		
Distresado:	SI - NO	SI - NO			

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hor. 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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <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" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Hor. aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Hor. aproximada del hecho	
DÍA	MES	AÑO									
Hor. 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 N° 12040362)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda
U07.2 : SOSPECHA DE CORONAVIRUS (COVID-19) J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)		CS

Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención
AM NO RAM NO VACUNAS OK PESO 30 KG MADRE REFIERE ENF ACTUAL HACE 4 DIAS APROX AL PRESENTAR ODINOFAGIA, TOS PRODUCTIVA, CONGESTION NASAL, NIEGA FIEBRE, NIEGA DISNEA Y/O SINTOMATOLOGIA. AL E F: REACTIVO, SIN ASPECTO SÉPTICO, HIDRATADO, LLENE CAPILAR < 2 S, AFEBRIL SIN RETRACCIÓN/CIANOSIS FARINGE ERITEMATOSA SIN EXUDADO, NO PALPO ADENOPATÍAS RR2T, NAS MP + SRA	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido

Procedimientos e indicaciones en box	Destino Inmediato del Paciente
SE TOMA PCR NOTIFICO EN EPTVIGILA N°FOLIO: 25272358	Alta domicilio Sin control

Indicaciones al alta	Categorización Cierre Atención
REPOSO EN DOMICILIO DESDE EL 26-4-22 HASTA EL 30-4-22 ESPERAR RESULTADO DE PCR SE LE RECOMENDARA VIA TELEFONICA O PUEDE CONSULTAR EN SITIO WEB HTTPS://AUTOCONSULTA.SSASUR.CL/ ABUNDANTE LIQUIDO IBUPROFENO 200/5 6CC CADA 8H X 4 DIAS CLORFENAMINA 1 COMP DIARIO POR 5 DIAS PREDNISONA 20 MG 1 COMP DIARIO POR 5 DIAS PLEXUS 5 CC CADA 12 HORAS POR 5 DIAS (COMPRAR EN FARMACIA) EXPLICO SIGNOS DE ALARMA	CS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12040362)
KARINA TOVAR RUIZ MEDICO APS 26052338-4

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.