



4eB.

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12631564

ADMISION: 02/11/2022 18:04		INICIO DE ATENCION: 02/11/2022 21:07		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																																																													
NOMBRE: AMBAR NAHIR QUINTANA OLIVA		RUT:	23995378 - 6	TELEFONO:	77860561 (CELULAR)																																																																												
DIRECCION: CALLE FARO DUNGENES N° 3417, LAS TRANQUERAS		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																																																													
EDAD: 10 años 4 meses 4 dias (29/06/2012)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - C																																																																												
<b>SIGNOS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>02/11/2022 18:22</td><td>02/11/2022 21:01</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.2 [°C]</td><td>38 [°C]</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>123 [x]</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>98 [%]</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>NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	02/11/2022 18:22	02/11/2022 21:01	Temperatura Axilar:	36.2 [°C]	38 [°C]	Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	123 [x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	98 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA	Dolor, EVA:			Distresado:	NO	SI - NO																																					
Hora :	02/11/2022 18:22	02/11/2022 21:01																																																																															
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]	38 [°C]																																																																															
Temperatura Rectal:																																																																																	
Presión Sistólica:																																																																																	
Presión Diastólica:																																																																																	
Frecuencia Cardiaca:	123 [x]																																																																																
Frecuencia Respiratoria:																																																																																	
Saturometría:	98 [%]																																																																																
Latidos Cardio - Fetales:																																																																																	
Hemoglucotest:																																																																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA																																																																															
Dolor, EVA:																																																																																	
Distresado:	NO	SI - NO																																																																															
<b>Motivo de Consulta</b> REF FIEBRE DISFONIA MIALGIA TOS (AYER)																																																																																	
<b>Funcionario Que Atiende</b> <table> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td></tr> </table>						<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																																																																						
<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																																																																																	
<b>Tipo de Consulta :</b> INFANTIL <b>Atención Manifestación Social:</b> NO <b>Tipo de Paciente:</b> NO APLICA																																																																																	
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																																																																																	
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																																																																																	
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table> <thead> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente de tránsito</td> <td><input type="checkbox"/> Contundente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente laboral</td> <td><input type="checkbox"/> Cortante</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente escolar</td> <td><input type="checkbox"/> Punzante</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente doméstico</td> <td><input type="checkbox"/> Corto-punzante</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública</td> <td><input type="checkbox"/> Arma de Fuego</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agresión</td> <td><input type="checkbox"/> Explosión</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Riña</td> <td><input type="checkbox"/> Calor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar</td> <td><input type="checkbox"/> Frío</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mordedura de perro</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agresión sexual</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora aproximada del hecho			DIA	MES	AÑO	:	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente					<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante					<input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Punzante					<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-punzante					<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública	<input type="checkbox"/> Arma de Fuego					<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Explosión					<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor					<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frío					<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro					<input type="checkbox"/> Agresión sexual						<input type="checkbox"/> Otro					
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora aproximada del hecho																																																																														
		DIA	MES	AÑO	:																																																																												
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente																																																																																
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante																																																																																
<input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Punzante																																																																																
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-punzante																																																																																
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública	<input type="checkbox"/> Arma de Fuego																																																																																
<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Explosión																																																																																
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor																																																																																
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frío																																																																																
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro																																																																																
<input type="checkbox"/> Agresión sexual																																																																																	
<input type="checkbox"/> Otro																																																																																	
<b>Diagnóstico (DAU Nº 12631564)</b> <b>JOOX : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)</b>																																																																																	
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C5																																																																																	
<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 Sin control																																																																																	
<b>Categorización Cierre Atención</b> C5																																																																																	
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> DICLOFENAC SODICO 01 AMPOLLA IM																																																																																	
<b>Indicaciones al alta</b> AMOXICILINA 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS CLORFENAMINA: 1 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS POR 5 DÍAS PREDNISONA 5MG : 1 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS POR 5 DÍAS PARACETAMOL 500 MG: 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS SOS FIEBRE SE EXPLICAN SINTOMAS DE ALARMA Y ASISTIR A URGENCIA SOLO SOS, PERMANECER EN CASA. REPOSO POR 05 DIAS																																																																																	
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12631564)</b> EGLIS SALAZAR MOSQUEDA MEDICO APS 26544570-5																																																																																	

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.