

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 16142485

ADMISION: 21/10/2025 16:56		INICIO DE ATENCION: 21/10/2025 19:07		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS						
NOMBRE: MARTINA FLORENCIA OPAZO SEVERO		RUT :	24129730 - 6	TELEFONO:	89040344 (CELULAR)					
DIRECCION: CALLE MANTUA N° 1981, AMANECER S/N COMUNA: TEMUCO EDAD: 12 años 10 meses 19 dias (02/12/2012)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):						
		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - A					
SIGNS VITALES										
Hora :	21/10/2025 17:19									
Temperatura Axilar:	37 [°C]									
Temperatura Rectal:										
Presión Sistólica:	112 [mmHg]									
Presión Diastólica:	84 [mmHg]									
Frecuencia Cardíaca:	74 ['x]									
Frecuencia Respiratoria:										
Saturometría:	99 [%]									
Latidos Cardíaco - Fetales:										
Hemoglucotest:										
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I								
Dolor, EVA:										
Distresado:	NO	SI - NO								
<p>Motivo de Consulta ACOMP. REF. FIEBRE DOLOR DE GARGANTA TOS DOLOR DE ESPALDA SINTOMAS DEL DOMINGO</p>										
<p>Observaciones Categorización ACOMP. REF. FIEBRE DOLOR DE GARGANTA TOS DOLOR DE ESPALDA SINTOMAS DEL DOMINGO</p>										
<p>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</p>										
<p>Tipo de Consulta : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA</p>										
<p>Origen de la Procedencia DOMICILIO</p>										
<p>Otros Datos * NINGUNO</p>										
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"/> VVS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami	<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	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho :					
<p>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td> </tr> </table>						<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
<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										
<p>Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5</p>										
<p>Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido</p>										
<p>Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab.</p>										
<p>Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.</p>										
<p>Categorización Cierre Atención C5</p>										
<p>Anamnesis e historia clínica</p> <p>AM NO RAM NO</p> <p>REF DESDE EL DOMINGO: FIEBRE, ODINOFAGIA, TOS, DORSALGIA. EF BEG HIDRATADA EUPNEICA FARINGE CONGESTIVA AMIGDALAS HIPERTROFICAS SIN EXUDADO MP+SR, RR2T COLABORADORA CONSCIENTE</p>										
<p>Procedimientos e indicaciones en box</p> <p>DICLOFENACO AMP + BETAMETASONA AMP IM</p>										
<p>Indicaciones al alta</p> <p>PARACETAMOL COMP 1 C/6H POR 3 DIAS IBUPROFENO COMP 1 C/8H POR 3 DIAS LORATADINA COMP 1 C/D X 7 DIAS</p> <p>ABUNDANTE LIQUIDO ASEO NASAL CONTROL SOS</p>										
<p>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16142485)</p> <p>EDGAR DAVID SANCHEZ OLIVEROS MEDICO APS 28101427-7</p> <p><i>Reps en su domicilio 3d</i></p> <p><i>Dr Edgar David Sanchez</i> <i>Médico Cirujano</i> <i>28.101.427-7</i></p>										