

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 14309597

68B

ADMISION: 09/04/2024 18:17		INICIO DE ATENCION: 09/04/2024 18:35		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MARIANA IGNACIA MUÑOZ JARAMILLO		RUT :	24237666 - 8	TELEFONO:	2221318 (FIJO)
DIRECCION: CALLE CACIQUE MELIVILU 01504 TRAPIALES		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: S/N TEMUCO		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - B
EDAD: 11 años 0 meses 4 dias (05/04/2013)					
<b>SIGNS VITALES</b>					
Hora :	09/04/2024 18:21		Motivo de Consulta MADRE REF TOS, FIEBRE, MUCOSIDAD, MAREOS		
Temperatura Axilar:	38.2 [°C]		Observaciones Categorización SIN INFORMACIÓN		
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	117 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	99 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucoset:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	NO	SI - NO			
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>					
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>			
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input type="checkbox"/> Accidente escolar <input checked="" 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"/> 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"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <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 :
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>					
<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					
<b>Diagnóstico (DAU Nº 14309597)</b>					
J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA					
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>					
C4					
<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 Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.					
<b>Categorización Cierre Atención</b>					
C4					
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>					
<b>Indicaciones al alta</b>					
SE INDICAN MEDIDAS GENERALES REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DIAS ABUNDANTE HIDRATACION ASEO NASAL FRECUENTE PARACETAMOL 500MG 1 CMP C/8 HRS X 3 DIAS CLORFENAMINA 4 MG 1 COMP C/12 HRS X 3 DIAS CONTROL MEDICO EN SU CONSULTORIO SI PERSISTEN SÍNTOMAS ACUDIR A URGENCIAS SOS EDUCO SIGNOS DE ALARMA					
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14309597)</b>					
PAOLA ROSAS COLINA MEDICO APS 26109161-5					

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.