



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 14309597

ADMISSION: 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 (FJO)							
DIRECCION: CALLE CACIQUE MELIVILU 01504 TRAPIALES		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: S/N TEMUCO		DECLARADO:									
EDAD: 11 años 0 meses 4 días (05/04/2013)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - B							
SIGNOS VITALES											
Hora:		09/04/2024 18:21									
Temperatura Axilar:		38.2 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:		117 [x]									
Frecuencia Respiratoria:											
Saturimetría:		99 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I							
Dolor, EVA:											
Distresado:		NO		SI - NO							
Motivo de Consulta MADRE REF TOS, FIEBRE, MUCOSIDAD, MAREOS											
Observaciones Categorización SIN INFORMACIÓN											
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 : INFANTIL											
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"/> 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		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></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 N° 14309597) J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA											
Anamnesis e historia clínica AM: NO - ALERGIAS: NIEGA - PESO 34 KG PACIENTE ACUDE A CONTROL JUNTO A SU MADRE Y HERMANO MENOR. REFIERE POR PRESENTAR DESDE HACE 3 DÍAS APROX. SENSACION FEBRIL CON TEMP MAXIMA DE 38.5, ODINOFAGIA, CONGESTIÓN NASAL, TOS SECA ESCASA, NIEGA OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS. EX. FÍSICO: PACIENTE EN BCG, HDM ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADA, EUPNEICA SIN UMA, VIGIL. FARINGE HIPEREMICA SIN EXUDADO, SIN ADENOMEGALIAS. CP: MP (+) SRA, RR2T NAS RESTO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.											
Procedimientos e indicaciones en box											
Indicaciones al alta SE INDICAN MEDIDAS GENERALES REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DÍAS ABUNDANTE HIDRATACION ASEO NASAL FRECUENTE PARACETAMOL 500MG 1 CMP C/8 HRS X 3 DÍAS CLORFENAMINA 4 MG 1 COMP C/12 HRS X 3 DÍAS CONTROL MEDICO EN SU CONSULTORIO SI PERSISTEN SÍNTOMAS ACUDIR A URGENCIAS SOS EDUCO SIGNOS DE ALARMA											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14309597) 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.