

10. A

✓

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 14687428

ADMISION: 08/08/2024 17:17		INICIO DE ATENCION: 08/08/2024 18:28		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: VALESCA ANDREA CORREA AGUILERA		RUT: 22217121 - 0		TELEFONO: 76748647 (CELULAR)	
DIRECCION: PASAJE RAIMAN N° 541, SANTA ROSA		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 17 años 10 meses 13 días (26/09/2006)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora:	08/08/2024 18:15		TOS ODINOFAGIA		
Temperatura Axilar:	36.3 [°C]		Observaciones Categorización		
Temperatura Rectal:			TOS ODINOFAGIA		
Presión Sistólica:	112 [mmHg]		Funcionario Que Atiende		
Presión Diastólica:	56 [mmHg]		<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		
Frecuencia Cardíaca:	88 [x]		Tipo de Consulta: ADULTO		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saturometría:	99 [%]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Latidos Cardio - Fetales:			Origen de la Procedencia		
Hemoglucotest:			DOMICILIO		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Otros Datos		
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						
<input type="checkbox"/> 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° 14687428)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda	
3020 : FARINGITIS		CS	
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención	
ANTECEDENTE PERSONAL ; NIEGA ANTECEDENTE QX; NIEGA RAM ; NIEGA CONSULTA POR CUADRO DE TOS HUMEDA , ODINOFAGIA , CONGESTIÓN NASAL , HACE 4 DIAS DE EVOLUCIÓN , NIEGA OTRO SÍNTOMA AL EXAMEN FÍSICO CARDÍACO CONSERVADO , PULMONAR MP+ SIN AGREGADO , FARINGE CONGESTIVA ERITEMATOSA Y AMÍGDALA DE ASPECTO NORMAL CAE FERMEABLE		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente	
BETAMETASONA 1 AMP IM CLORFENAMINA 1 AMP IM		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:	
Indicaciones al alta		Categorización Cierre Atención	
REPOSP POR 3 DIAS IBUPROFENO 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS AMOXICILINA 1 COMP CADA 8 HRS POR 7 DIAS CLORFENAMINA 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS CONTROL AL POLI		CS	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14687428)			
VLADIMYR DECEIDE DECEIDE MEDICO APS 26864778-3			

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.