

TUA
✓

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							
NOI/NOMBRE: VALESCA ANDREA CORREA AGUILERA		RUT :	22217121 - 0	TELEFONO:	76748647 (CELULAR)						
DIRECCION: PASAJE RAIMAN N° 541, SANTA ROSA		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: TEMUCO		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A						
EDAD: 17 años 10 meses 13 dias (26/09/2006)											
SÍGNOS VITIALES											
Hora :	08/08/2024 18:15										
Temperatura Axilar:	36.3 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:	112 [mmHg]										
Presión Diastólica:	56 [mmHg]										
Frecuencia Cardíaca:	88 ['x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	99 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Disresado:	SI - NO	SI - NO									
Motivo de Consulta TOS ODINOFAGIA											
Observaciones Categorización TOS ODINOFAGIA											
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 : ADULTO 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"/> Corte-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						
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <th colspan="3">:</th> </tr> </thead> </table>						Hora aproximada del hecho			:		
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 Nº 14687428) 3020 : FARINGITIS											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> CS											
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido											
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:											
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C5											
Procedimientos e indicaciones en box											
BETAMETASONA 1 AMP IM CLORFENAMINA 1 AMP IM											
Indicaciones al alta											
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											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 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.