



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12506699

Ae.

ADMISION: 28/09/2022 19:14	INICIO DE ATENCION: 28/09/2022 20:12	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																										
NOMBRE: JOSEFA IGNACIA PINEDA CASTRO	RUT: 25120006 - 8	TELEFONO: 77780114 (CELULAR)																										
DIRECCION: ISLA DE PASCUA 03290 P. COSTANERA		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																										
EDAD: 7 años 0 meses 13 dias (15/09/2015)	SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - D																										
<b>SÍGNOS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Temperatura: 28/09/2022 20:09</td><td>37.7 [°C]</td></tr> <tr><td>Tensión arterial: </td><td></td></tr> <tr><td>Presión arterial: </td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica: </td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica: </td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca: 140 [/x]</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria: </td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría: 97 [%]</td><td></td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales: </td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest: </td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA: </td><td></td></tr> <tr><td>Distresado: SI - NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>			Temperatura: 28/09/2022 20:09	37.7 [°C]	Tensión arterial:		Presión arterial:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardíaca: 140 [/x]		Frecuencia Respiratoria:		Saturometría: 97 [%]		Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:		Distresado: SI - NO	SI - NO
Temperatura: 28/09/2022 20:09	37.7 [°C]																											
Tensión arterial:																												
Presión arterial:																												
Presión Sistólica:																												
Presión Diastólica:																												
Frecuencia Cardíaca: 140 [/x]																												
Frecuencia Respiratoria:																												
Saturometría: 97 [%]																												
Latidos Cardio - Fetales:																												
Hemoglucotest:																												
Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA	A - V - D - I																											
Dolor, EVA:																												
Distresado: SI - NO	SI - NO																											
<b>Motivo de Consulta</b> FIEBRE, DESDE AYER																												
<b>Funcionario Que Atiende</b> <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td><td></td></tr> </table>			<input checked="" type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Odontólogo	<input type="checkbox"/> Matrón(a)	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																			
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Odontólogo																											
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																											
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																											
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																												
<b>Tipo de Consulta :</b> INFANTIL <b>Atención Manifestación Social:</b> NO <b>Tipo de Paciente:</b> NO APLICA																												
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																												
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																												
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> </tr> <tr> <td> <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         </td> <td> <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"/> Frio  <input type="checkbox"/> Otro         </td> <td> <table border="1"> <thead> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> </td> <td> <b>Hora aproximada del hecho</b>          :        </td> </tr> </table>			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"/> 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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <thead> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	DIA	MES	AÑO				<b>Hora aproximada del hecho</b> :													
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"/> 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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <thead> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	DIA	MES	AÑO				<b>Hora aproximada del hecho</b> :																			
DIA	MES	AÑO																										
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <table border="1"> <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																												
<b>Diagnóstico (DAU Nº 12506699)</b> U07.2 : SOSPECHA DE CORONAVIRUS (COVID-19) A039 : AMIGDALITIS AGUDA																												
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C2																												
<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																												
<b>Categorización Cierre Atención</b> C2																												
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> NOTIFICO EN EPIVIGILA FOLIO Nº 29351047  SE TOMA MUESTRA DE HNF																												
<b>Indicaciones al alta</b> ESPERAR RESULTADO DE PCR REPOSO EN DOMICILIO POR 4 DIAS LIQUIDO ABUNDANTE IBUPROFENO 5 CC CADA 8 HORAS POR 3 DIAS CLARITROMICINA 4.5 CC CADA 12 HORAS POR 7 DIAS CONTROL POR POLICLINICO URGENCIA SOS																												
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12506699)</b>  MARTIANA DE JESUS GUERRERO LUGO MEDICO APS 26616481-5																												

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.

RECETA  
RECIBIDA