



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12506699

1e.

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 días (15/09/2015)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - D	

SEÑOS VITALES		
Temperatura Axilar:	28/09/2022 20:09	
Temperatura Rectal:	37.7 [°C]	
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

Motivo de Consulta	
FIEBRE, DESDE AYER	
Funcionario Que Atiende	
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	Origen de la Procedencia
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	DOMICILIO
	Otros Datos
	* NINGUNO

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES																		
Naturaleza del Hecho		Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora aproximada del hecho														
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<table border="1" style="width:100%"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1" style="width:100%"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
DIA	MES	AÑO																
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante																	
<input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Punzante																	
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-punzante																	
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública	<input type="checkbox"/> Arma de Fuego																	
<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Explosión	Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral																
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones																
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frío	<input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)																
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)																
<input type="checkbox"/> Agresión sexual		<input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)																
<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios																

Diagnóstico (DAU N° 12506699)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda	
U07.2 : SOSPECHA DE CORONAVIRUS (COVID-19)		<table border="1" style="width:100%"><tr><td>C2</td></tr></table>	C2
C2			
J03.9 : FIEBRE DIFTERIA AGUDA			

Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención	
AM AMOXICILINA	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo	
ES TRAIDA POR SU MADRE QUIEN REFIERE DESDE AYER APROX FIEBRE INTERMITENTE, ACOMPAÑADA DE TOS	<input type="checkbox"/> Fallecido	
AL EXM FISICO	Destino Inmediato del Paciente	
EN CONDICIONES CLINICAS ESTABLES	Alta domicilio	
FOSAS NASALES PERMEABLES	Sin control	
FARINGE CONGESTIVA AMIGDALAS HIPERTROFICAS CON EXUDADO PILAR DERECHO	Categorización Cierre Atención	
RUIDOS RESPIRATORIOS AUDIBLES SIN AGREGADOS	<table border="1" style="width:100%"><tr><td>C2</td></tr></table>	C2
C2		

Procedimientos e indicaciones en box
NOTIFICO EN EPIVIGILA
FOLIO N° 29351047
SE TOMA MUESTRA DE HNF

Indicaciones al alta
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

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12506699)
MARTANA DE JESUS GUERRERO LUGO
MEDICO APS
26516481-5

RECETA
DES-PACHADA

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.