

10.



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12631559

ADMISION: 02/11/2022 18:05		INICIO DE ATENCION: 02/11/2022 21:09		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																								
NOMBRE: AMANDA SAMIRA QUINTANA OLIVA		RUT:	25228550 - 4	TELEFONO:	77860561 (CELULAR)																																							
DIRECCION: CALLE FARO DUNGENES 03417 S/N		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																								
EDAD: 6 años 10 meses 17 dias (16/12/2015)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - C																																							
SIGNOS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>02/11/2022 18:28</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.1 [°C]</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>106 ['x]</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>96 [%]</td><td></td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	02/11/2022 18:28		Temperatura Axilar:	36.1 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	106 ['x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	96 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	02/11/2022 18:28																																											
Temperatura Axilar:	36.1 [°C]																																											
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:																																												
Presión Diastólica:																																												
Frecuencia Cardiaca:	106 ['x]																																											
Frecuencia Respiratoria:																																												
Saturometría:	96 [%]																																											
Latidos Cardio - Fetales:																																												
Hemoglucotest:																																												
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																										
Dolor, EVA:																																												
Distresado:	NO	SI - NO																																										
Motivo de Consulta REF TOS ODINOFAGIA FIEBRE (DESDE AYER)																																												
Funcionario Que Atiende <table> <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"/> Técnico Paramédico</td><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</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"/> 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"/> 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 <table> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td colspan="3">Fecha Aproximada del Hecho</td> <td>Hora aproximada del hecho</td> </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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro </td> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> <td>:</td> </tr> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho			Hora 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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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	:																											
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho			Hora 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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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	:																																							
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table> <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																																												
Diagnóstico (DAU Nº 12631559) H650 : OTITIS MEDIA AGUDA SEROSA																																												
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5																																												
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																												
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control																																												
Categorización Cierre Atención C5																																												
Indicaciones al alta AMOLEX DAR A TOMAR 01 COMPRIMIDO CADA 12 HORAS POR 07 DIAS CLORFENAMINA 01 COMPRIMIDO CADA 08 HORAS POR 03 DIAS PARACETAMOL 01 COMPRIMIDO CADA 08 HORAS POR 03 DIAS PREDNISONA 5 MG 01 COMPRIMIDO CADA 12 HORAS POR 05 DIAS REPOSO POR 05 DIAS																																												
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12631559) EGLIS SALAZAR MOSQUEDA MEDICO APS 26544570-5																																												