

K. A.



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 12556794

ADMISION: 13/10/2022 21:45		INICIO DE ATENCION: 13/10/2022 23:01		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																								
NOMBRE: TAMARA AGUSTINA VIVEROS LIZAMA		RUT: 25665673 - 6	TELEFONO: 62315487 (CELULAR)																																									
DIRECCION: PASAJE RIO BACKER N° 721, VILLA LOS RIOS		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																									
EDAD: 5 años 8 meses 5 dias (08/02/2017)		SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A																																									
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr> <td>Hora:</td> <td>13/10/2022 21:48</td> <td>13/10/2022 22:39</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>36.5 [°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>108 [x]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometria:</td> <td>100 [%]</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>ALERTA</td> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>SI - NO</td> <td>SI - NO</td> </tr> </table>						Hora:	13/10/2022 21:48	13/10/2022 22:39	Temperatura Axilar:	36.5 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	108 [x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometria:	100 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA	Dolor, EVA:			Distresado:	SI - NO	SI - NO
Hora:	13/10/2022 21:48	13/10/2022 22:39																																										
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]																																											
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:																																												
Presión Diastólica:																																												
Frecuencia Cardiaca:	108 [x]																																											
Frecuencia Respiratoria:																																												
Saturometria:	100 [%]																																											
Latidos Cardio - Fetales:																																												
Hemoglucotest:																																												
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA																																										
Dolor, EVA:																																												
Distresado:	SI - NO	SI - NO																																										
<b>Motivo de Consulta</b> TOS CON FLEMAS, DOLOR DE OIDOS, DOLOR DE GARGANTA																																												
<b>Funcionario Que Atiende</b> <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td> <td>Tipo de Consulta : INFANTIL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td> <td>Atención Manifestación Social: NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td> <td>Tipo de Paciente: NO APLICA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td> <td></td> </tr> </table>						<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		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																												
<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																																												
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																												
<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> <td colspan="2"><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td colspan="2"><b>Elemento Causante</b></td> <td colspan="2"><b>Fecha Aproximada del Hecho</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <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 colspan="2"> <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"/> Frio  <input type="checkbox"/> Otro </td> <td> <table border="1"> <tr> <td><b>DIA</b></td> <td><b>MES</b></td> <td><b>AÑO</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> <td> <b>Hora aproximada del hecho</b>  :  : </td> </tr> </table>						<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>		<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>		<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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro		<table border="1"> <tr> <td><b>DIA</b></td> <td><b>MES</b></td> <td><b>AÑO</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>				<b>Hora aproximada del hecho</b> : :																					
<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>		<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>																																								
<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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro		<table border="1"> <tr> <td><b>DIA</b></td> <td><b>MES</b></td> <td><b>AÑO</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>				<b>Hora aproximada del hecho</b> : :																																	
<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>																																										
<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 N° 12556794)</b> <b>H651 : OTRA OTITIS MEDIA AGUDA, NO SUPURATIVA</b>																																												
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C5																																												
<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> C5																																												
<b>Indicaciones al alta</b> PARACETAMOL 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS CLORFENAMINA 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS CALRITROMICINA 7 ML CADA 12 HRS POR 7 DIAS CONTROL AL POLI																																												
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12556794)</b> <p style="text-align: center;"><i>Reposo por 2 dias</i></p> <p style="text-align: center;">Dr. Vladimyr Deceide Médico 18-3 RUT 20.218.42-4</p>																																												
<p style="text-align: center;">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.</p>																																												