

IAT



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 12051665

ADMISION: 02/05/2022 17:31	INICIO DE ATENCION: 02/05/2022 20:25	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: CATALINA ELIETH RODRIGUEZ QUILAQUEO	RUT: 22082477 - 2	TELEFONO: 97398563 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE CATHRIHUALA 0531		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 16 años 1 meses 13 dias (19/03/2006)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - B
SIGNS VITALES		
Hora :	02/05/2022 19:59	
Temperatura Axilar:	35.9 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardiaca:		
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:		
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVD1):	A - V - D - I	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO
Motivo de Consulta		
REF HERIDA POR CAIDA Y SE GOLPEA CODO DERECHO (AYER)**		
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	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	<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				:
DIA	MES	AÑO							
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 12051665)

W010 : CAIDA EN EL MISMO NIVEL POR DESLIZAMIENTO, TROPEZON Y TRASPIE, EN VIVIENDA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Condición del paciente al cierre de atención

 Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

 Alta domicilio
 Con control en estab. origen (CESFAM u Hospital)

Control polyclínico

 Patología: Aguda
 Establecimiento: CESFAM SANTA ROSA (CESFAM)

Categorización Cierre Atención

C5

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12051665)

 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.