



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12461323

Kef.

ADMISION: 14/09/2022 17:11		INICIO DE ATENCION: 14/09/2022 18:47		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																											
NOMBRE: SOFIA ALICE CAYUPI RUIZ DIRECCION: ISLA GUAFO 03221 - PARQUE COSTANERA EDAD: 5 años 10 meses 4 dias (10/11/2016)		RUT: 25564224 - 3 SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		TELEFONO: 74283515 (CELULAR) PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - C																																											
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td colspan="2">14/09/2022 17:22</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td colspan="2">36.3 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td colspan="2">90 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Saturometria:</td><td colspan="2">98 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td colspan="2"></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 colspan="2"></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td><td>SI - NO</td><td colspan="3"></td></tr> </table>						Hora :	14/09/2022 17:22		Temperatura Axilar:	36.3 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	90 ['x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometria:	98 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	SI - NO	SI - NO			
Hora :	14/09/2022 17:22																																														
Temperatura Axilar:	36.3 [°C]																																														
Temperatura Rectal:																																															
Presión Sistólica:																																															
Presión Diastólica:																																															
Frecuencia Cardiaca:	90 ['x]																																														
Frecuencia Respiratoria:																																															
Saturometria:	98 [%]																																														
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> TOS OBRTUIDA - SEGUNDA CONSULTA																																															
<b>Funcionario Que Atiende</b> <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td></tr> <tr><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																																															
<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><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td><b>Elemento Causante</b></td> <td><b>Fecha Aproximada del Hecho</b></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"/> 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"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></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"/> 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"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO						<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"/> 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"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO																																										
DIA	MES	AÑO																																													
		<b>Hora aproximada del hecho</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 Nº 12461323)</b> J00X : (En estudio) RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) H612 : (En estudio) CERUMEN IMPACTADO																																															
<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> AMOXICILINA SUSP 500MG: 4.5 CC CADA 8 HORAS POR 7 DIAS CLORFENAMINA : 0.5 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS POR 5 DIAS IBUPROFENO SUSP :4.5 _CC CADA 8 HORAS POR 5 DIAS VASELINA LIQUIDA 02 GOTAS CADA 08 HORAS EN OIDOS ABUNDANTE LIQUIDO ASEO NASAL FRECUENTE CON FISIOLIMP ( COMPRAR ) SE EXPLICAN SINTOMAS DE ALARMA SI PERSISTE MAS DE 5 DIAS ACUDIR A POLICLINICO URG SOS LAVADO OTICO EN POLICLINICO SOLICITAR HORA																																															
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12461323)</b> EGLIS SALAZAR MOSQUEDA																																															