



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 14379352

ADMISION: 29/04/2024 17:47		INICIO DE ATENCION: 29/04/2024 20:25		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																														
NOMBRE: BERENICE ELIZABETH IVACA ASTROZA DIRECCION: SIN INFORMACION COMUNA: TEMUCO EDAD: 7 años 0 meses 8 dias (21/04/2017)		RUT : 25740619 - 9 PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		TELEFONO: PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - C (PRAIS)																														
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>29/04/2024 17:48</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.5 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>115 ['X']</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Satometría:</td><td>100 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</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 :	29/04/2024 17:48	Temperatura Axilar:	36.5 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	115 ['X']	Frecuencia Respiratoria:		Satometría:	100 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	29/04/2024 17:48																																	
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]																																	
Temperatura Rectal:																																		
Presión Sistólica:																																		
Presión Diastólica:																																		
Frecuencia Cardiaca:	115 ['X']																																	
Frecuencia Respiratoria:																																		
Satometría:	100 [%]																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																		
Hemoglucotest:																																		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:																																		
Distresado:	NO	SI - NO																																
<b>Motivo de Consulta</b> REF ODINOFAGIA TOS CON FLEMAS																																		
<b>Observaciones Categorización</b> SIN INFORMACIÓN																																		
<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><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td><b>Elemento Causante</b></td> <td colspan="3"><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  <input type="checkbox"/> Accidente Incendio  <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto  <input type="checkbox"/> Accidente Erupción  <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami         </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><b>DIA</b></td> <td><b>MES</b></td> <td><b>AÑO</b></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho</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"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami	<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	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>				Hora aproximada del hecho															
<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"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami	<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	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>																														
			Hora aproximada del hecho																															
<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 14379352)</b> <b>3069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA</b>																																		
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C5																																		
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Vivo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Fallecido</td></tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Vivo	<input type="checkbox"/> Fallecido																											
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo																																		
<input type="checkbox"/> Fallecido																																		
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.																																		
<b>Categorización Cierre Atención</b> C5																																		
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>																																		
<b>Indicaciones al alta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- REPOSO MEDICO EN CASA POR 3 DIAS</li> <li>- ABUNDANTE LIQUIDO</li> <li>- PARACETAMOL 1 COMP C/8 HRS POR 3 DIAS</li> <li>- IBUPROFENO 8.5 ML C/8 HRS POR 3 DIAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE QUE NO CEDE CON PARACETAMOL</li> <li>- LORATADINA 1 COMP DIA POR 5 DIAS</li> <li>- RECONSULTAR CON MEDICO SOS</li> </ul>																																		
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14379352)</b>																																		
NATALY PEÑA MUÑOZ MEDICO APS 18873149-K																																		

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.