

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 14309914

ADMISION: 09/04/2024 19:33		INICIO DE ATENCION: 09/04/2024 19:45		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: AMARAL AGUSTINA MACHUCA PADILLA		RUT:	22591986 - 0	TELEFONO:	2601159 (Fijo)	
DIRECCION: CALLE STA MARTA 520 POB MEZA P L CASAS COMUNA: PADRE LAS CASAS EDAD: 16 años 3 meses 7 dias (02/01/2008)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - C	
SÍGNOS VITALES						
Hora :	09/04/2024 19:34					
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]					
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:	108 [mmHg]					
Presión Diastólica:	69 [mmHg]					
Frecuencia Cardiaca:	86 ['x]					
Frecuencia Respiratoria:						
Saturometria:	98 [%]					
Latidos Cardio - Fetales:						
Hemoglucotest:						
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I				
Dolor, EVA:						
Distresado:	SI - NO	SI - NO				
Motivo de Consulta (R) ODINOFAGIA CEFALEA TOS CON FLEMAS FIEBRE INICIO DE SÍNTOMAS DESDE HACE 3 DIAS CUENTA CON 2 VACUNAS COVID						
Observaciones Categorización (R) ODINOFAGIA CEFALEA TOS CON FLEMAS FIEBRE INICIO DE SÍNTOMAS DESDE HACE 3 DIAS CUENTA CON 2 VACUNAS COVID						
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 <input type="checkbox"/> Atención Manifestación Social: NO <input type="checkbox"/> 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				
<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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <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	Hora aproximada del hecho	
<table border="1"> <tr> <td>:</td> </tr> </table>						:
:						
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						
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> CS						
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido						
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con control en estab. origen (CESFAM u Hospital)						
Control polidiníco Patología: Aguda Establecimiento: CESFAM PADRE LAS CASAS (CESFAM)						
Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:						
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> CS						
Indicaciones al alta ABUNDANTE LIQUIDOS ALIMENTACION FRACCIONADA Y BLANDA - PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDOS : 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 5 DIAS - LORATADINA 10 MG COMPRIMIDOS : 1 COMPRIMIDO CADA 12 HORAS POR 10 DIAS -AZITROMICINA 1 DIARIA X 5 DIAS EN CASO DE PERSISTIR CONSULTAR POR SU CESFAM						
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14309914) <p style="text-align: right;">permite regreso médico en domicilio desde 09/04/24 al</p> <p style="text-align: right;">12-04-24 (4 días)</p>						

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.

Dra. Neira González
Médico Ginejano
RUT: 26.184.658-6