



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 12596173

5-0-B

ADMISION: 24/10/2022 17:57		INICIO DE ATENCION: 24/10/2022 19:56		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																														
NOMBRE: JAVIERA FRANCESCA TRALMA TRAIMANTE		RUT: 23823772 - 6	TELEFONO: 68598663 (CELULAR)																																															
DIRECCION: COPINCHE COMUNIDAD JUAN CURIHUAL		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																															
EDAD: 10 años 10 meses 8 dias (16/12/2011)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A																																															
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>24/10/2022 18:09</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.3 [°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>90 ['x]</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>99 [%]</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>A - V - D - I</td><td>A - V - D - I</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td><td>SI - NO</td><td></td><td></td></tr> </table>						Hora :	24/10/2022 18:09		Temperatura Axilar:	36.3 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	90 ['x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	99 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I			Dolor, EVA:					Distresado:	SI - NO	SI - NO		
Hora :	24/10/2022 18:09																																																	
Temperatura Axilar:	36.3 [°C]																																																	
Temperatura Rectal:																																																		
Presión Sistólica:																																																		
Presión Diastólica:																																																		
Frecuencia Cardiaca:	90 ['x]																																																	
Frecuencia Respiratoria:																																																		
Saturometría:	99 [%]																																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																																		
Hemoglucotest:																																																		
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I																																																
Dolor, EVA:																																																		
Distresado:	SI - NO	SI - NO																																																
<b>Motivo de Consulta</b> FIEBRE Y DOLOR DE GARGANTA HACE 4 DIAS																																																		
<b>Funcionario Que Atiende</b> <table> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td><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																																																	
<b>Tipo de Consulta :</b> INFANTIL <b>Atención Manifestación Social:</b> NO <b>Tipo de Paciente:</b> 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> <tr> <td><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td><b>Elemento Causante</b></td> <td colspan="3"><b>Fecha Aproximada del Hecho</b></td> <td><b>Hora 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><b>DIA</b></td> <td><b>MES</b></td> <td><b>AÑO</b></td> <td>:</td> </tr> </table>						<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>			<b>Hora 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	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	:																																	
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>			<b>Hora 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	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	:																																													
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <table> <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 12596173)</b> <b>J029 : FARINGITIS AGUDA</b>																																																		
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4																																																		
<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 Con control en estab. origen (CESFAM u Hospital) <b>Control polyclínico</b> Patología: Aguda Establecimiento: CESFAM AMANECER (CESFAM)																																																		
<b>Categorización Cierre Atención</b> C5																																																		
<b>Indicaciones al alta</b> REPOSO POR 3 DÍAS MEDIDAS DIETÉTICAS ABUNDANTE LIQUIDO IBUPROFENO 400 MG CADA 8 HORAS CLORFENAMINA MEDIA TABLETA CADA 8 HORAS OBSERVAR CONTROL SOS																																																		
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12596173)</b>  FRANCISCO CONA HUICHALAO MEDICO APS 16087288-8																																																		