



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 12538429

E-A.

ADMISSION: 08/10/2022 17:59		INICIO DE ATENCION: 08/10/2022 18:17		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																								
NOMBRE: JOYCE ISIDORA ROA LOYOLA		RUT: 22844253 - 4		TELEFONO: 77319004 (CELULAR)																																								
DIRECCION: CALLE VILUMILLA # 2175 DEPTO D S/N		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																								
EDAD: 13 años 11 meses 28 dias (10/10/2008)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - D																																								
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td colspan="2">08/10/2022 18:02</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td colspan="2">36.2 [°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">60 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td colspan="2">97 [%]</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></tr> </table>						Hora :	08/10/2022 18:02		Temperatura Axilar:	36.2 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	60 ['x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	97 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	SI - NO	SI - NO
Hora :	08/10/2022 18:02																																											
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]																																											
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:																																												
Presión Diastólica:																																												
Frecuencia Cardiaca:	60 ['x]																																											
Frecuencia Respiratoria:																																												
Saturometría:	97 [%]																																											
Latidos Cardio - Fetales:																																												
Hemoglucotest:																																												
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																										
Dolor, EVA:																																												
Distresado:	SI - NO	SI - NO																																										
Motivo de Consulta DOLOR DE GARGARANTA, ESTOMAGO Y NUSEAS																																												
Funcionario Que Atiende <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																																												
Origen de la Procedencia DOMICILIO Otros Datos * NINGUNO																																												
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Naturaleza del Hecho</td> <td colspan="2">Elemento Causante</td> <td colspan="2">Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <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 colspan="2"> <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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro </td> <td colspan="2"> <table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho : </td> </tr> </table>						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"/> 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"/> 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> Hora aproximada del hecho :		DIA	MES	AÑO																								
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"/> 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"/> 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> Hora aproximada del hecho :		DIA	MES	AÑO																																				
DIA	MES	AÑO																																										
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <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																																												
Diagnóstico (DAU Nº 12538429) B349 : (En estudio) VIROSIS																																												
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C2																																												
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																												
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control																																												
Categorización Cierre Atención C2																																												
Procedimientos e indicaciones en box PCR /NTF																																												
Indicaciones al alta REPOSO <input checked="" type="checkbox"/> 1 SUCESOS EXTREMAR MDAS DE AISLAMIENTO GARGARAS /8H PCT - 1C /8H DOMPERIDONA 0,5C 10 MINUTOS ANTES DE ALM O COMIDA REALIZAR LAVADOS NASALES CON FISIOLIMP (TIBIO) C/ 8 HORAS. TOMAR ABUNDANTES LÍQUIDOS/ SRO ITAZA CADA 8H NO AZUCARES , NO GRASAS NO LÁCTEOS EXC YOGURT BLANCO REVALUAR SOS																																												
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12538429) Dra. Egly B. Turíao RUT: 25.368.500-K Médico General																																												