



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 14492298

ADMISION: 29/05/2024 19:54		INICIO DE ATENCION: 29/05/2024 20:29		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																								
NOMBRE: MARIA JESUS IGNACIA ALVAREZ VASQUEZ		RUT :	24921781 - 6	TELEFONO:	57653222 (CELULAR)																																							
DIRECCION: RIO BAKER 941 V DON JOAQUIN COMUNA: TEMUCO EDAD: 9 años 2 meses 25 dias (04/03/2015)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION:	FONASA - A																																							
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>29/05/2024 19:58</td><td>29/05/2024 20:27</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td colspan="2">38.2 [°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">115 [x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Saturometria:</td><td colspan="2">95 [%]</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 :	29/05/2024 19:58	29/05/2024 20:27	Temperatura Axilar:	38.2 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	115 [x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometria:	95 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	SI - NO	SI - NO
Hora :	29/05/2024 19:58	29/05/2024 20:27																																										
Temperatura Axilar:	38.2 [°C]																																											
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:																																												
Presión Diastólica:																																												
Frecuencia Cardiaca:	115 [x]																																											
Frecuencia Respiratoria:																																												
Saturometria:	95 [%]																																											
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> REF. FIEBRE 39.7° (DIGITAL) NO CEDE CON PARACETAMOL																																												
<b>Observaciones Categorización</b> REF. FIEBRE 39.7° (DIGITAL) NO CEDE CON PARACETAMOL																																												
<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																																												
<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>																																												
<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"/> Corte-puntante <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> <input type="text"/>	<b>MES</b> <input type="text"/>	<b>AÑO</b> <input type="text"/>	<b>Hora aproximada del hecho</b> <input type="text"/>																																					
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>																																												
<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 14492298)</b> <b>J111 : (En estudio) INFLUENZA</b>																																												
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> <input type="text"/>																																												
<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 indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación: _____ Sin _____ Hospitalización: _____ Información.																																												
<b>Categorización Cierre Atención</b> <input type="text"/>																																												
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> CSV DICLOFENACO 50 MG -2 CC- IM AMERITA REPOSO POR 7 DIAS																																												
<b>Indicaciones al alta</b> PARACETAMOL 1 COMP C/8H X 3D IBUPROFENO 400 MG (1 COMP) C/8H X 3D PREDNISONA 5 MG DIARIOS POR 5 DIAS CLORFENAMINA 4 MG (1COMP) C/12H X 3D ABUNDANTES LIQUIDOS CONTROL EN SU CESFAM POR POLICLÍNICO DE PERSISTIR SÍNTOMAS SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA																																												
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14492298)</b> ELIANA CAROLINA PEREIRA LISBOA MEDICO APS 26752151-4																																												

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.