

28.



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 12646508

ADMISION: 06/11/2022 11:22		INICIO DE ATENCION: 06/11/2022 11:45		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																																																													
NOMBRE: MARIA JESUS IGNACIA ALVAREZ VASQUEZ		RUT: 24921781 - 6	TELEFONO: 57653222 (CELULAR)																																																																														
DIRECCION: RIO BAKER 941 V DON JOAQUIN		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																																																														
EDAD: 7 años 8 meses 2 dias (04/03/2015)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A																																																																														
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>06/11/2022 11:41</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></td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td></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>SI - NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	06/11/2022 11:41	Temperatura Axilar:	36.5 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:		Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:		Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:	SI - NO	SI - NO																																																		
Hora :	06/11/2022 11:41																																																																																
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]																																																																																
Temperatura Rectal:																																																																																	
Presión Sistólica:																																																																																	
Presión Diastólica:																																																																																	
Frecuencia Cardiaca:																																																																																	
Frecuencia Respiratoria:																																																																																	
Saturometría:																																																																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																																																																	
Hemoglucotest:																																																																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																																																															
Dolor, EVA:	SI - NO	SI - NO																																																																															
Motivo de Consulta REF. TOS, FIEBRE																																																																																	
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 : 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"> <thead> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente de tránsito</td> <td><input type="checkbox"/> Contundente</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente laboral</td> <td><input type="checkbox"/> Cortante</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente escolar</td> <td><input type="checkbox"/> Punzante</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente doméstico</td> <td><input type="checkbox"/> Corto-punzante</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública</td> <td><input type="checkbox"/> Arma de Fuego</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agresión</td> <td><input type="checkbox"/> Explosión</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Riña</td> <td><input type="checkbox"/> Calor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar</td> <td><input type="checkbox"/> Frío</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mordedura de perro</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agresión sexual</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora aproximada del hecho			DIA	MES	AÑO	:	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente					<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante					<input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Punzante					<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-punzante					<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública	<input type="checkbox"/> Arma de Fuego					<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Explosión					<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor					<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frío					<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro					<input type="checkbox"/> Agresión sexual						<input type="checkbox"/> Otro					
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora aproximada del hecho																																																																														
		DIA	MES	AÑO	:																																																																												
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente																																																																																
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante																																																																																
<input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Punzante																																																																																
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-punzante																																																																																
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública	<input type="checkbox"/> Arma de Fuego																																																																																
<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Explosión																																																																																
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor																																																																																
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frío																																																																																
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro																																																																																
<input type="checkbox"/> Agresión sexual																																																																																	
<input type="checkbox"/> Otro																																																																																	
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																																																																																	
Diagnóstico (DAU Nº 12646508) U07.2 : SOSPECHA DE CORONAVIRUS (COVID-19)																																																																																	
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5																																																																																	
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 C5																																																																																	
Indicaciones al alta REPOSO POR 2 DIAS EN DOMICILIO ESPERAR RESULTADO DE PCR REGIMEN COMÚN (PREFERIR ALIMENTOS Y LIQ FRIOS) ABUNDANTE LIQUIDO SALBUTAMOL 2 PUFF C/ 8 HRS X 5D IBUPROFENO 5 CC C/ 8 HRS X 3D CLORFENAMINA 4 MG 0,5 COMP C/ 12 HRS X 3D REVISAR RESULTADO EN AUTOCONSULTA.SSASUR.CL CONTROL SUA SOS																																																																																	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12646508) JUAN JOSE VITANZA MENDOZA MEDICO APS 26208224-5																																																																																	

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.