



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15449730

10 A

ADMISION: 26/03/2025 19:23		INICIO DE ATENCION: 26/03/2025 20:19		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: FRANCISCA ANASTASIA GODOY VELOSO		RUT : 22350534 - 1		TELEFONO: 2220875 (FJO)	
DIRECCION: CURITIVA 3208 PARQUE COSTANERA TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO: TEMUCO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - D	
EDAD: 18 años 0 meses 12 días (14/03/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora :	26/03/2025 19:27		DOLOR MUSCULAR DOLOR DE CABEZA CONGESTION NASAL		
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]		Observaciones Categorización		
Temperatura Rectal:			DOLOR MUSCULAR DOLOR DE CABEZA CONGESTION NASAL		
Presión Sistólica:	126 [mmHg]		Funcionario Que Atiende		
Presión Diastólica:	66 [mmHg]		<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrán(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Frecuencia Cardíaca:	91 [x]		Tipo de Consulta : ADULTO		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saturometría:	97 [%]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Latidos Cardio - Fetales:			Origen de la Procedencia		
Hemoglucotest:			DOMICILIO		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Otros Datos		
Dolor, EVA:			* NINGUNO		
Distresado:	SI - NO	SI - NO			

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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO									
				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td>:</td> </tr> </table>		Hora aproximada del hecho	:				
Hora aproximada del hecho											
:											
				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 N° 15449730)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda	
J00X : (En estudio) RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)		C5	
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención	
AM NO RAM NO PACIENTE ACUDE REFIRIENDO CUADRO CLÍNICO DE 1DÍA CARACTERIZADO POR CEFALEA, CONGESTION NASAL, SENSACION FEBRIL NO CUANTIFICADA SIN OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS HIDRATADA , AFEBRIL, PERFUNDIDA , OROFARINGE ERITEMATOSA, SIN EXUDADOS, CAES PERMEABLES SIN ERITEMA DE MTS SIN SECRECIONES PATOLÓGICAS CP : RR2T, S/S , MP +, SRA ABD RHA + BDI, MASAS-, MEGALIAS -, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NEURO: CLOTE SIN SIGNOS DE FOCALIDAD		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente	
KETOROLACO 30 MG + BETAMETASONA 4 MG 1 AMP IM DOSIS ÚNICA		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.	
Indicaciones al alta		Categorización Cierre Atención	
REPOSO EN CASA PO 3 DIAS ABUNDANTE LIQUIDO PARACETAMOL 500 MG 2 COMP CADA 8 HRS SOS DOLOR O FIEBRE DICLOFENACO 50 MG 1 COMP C 8HRS POR 3 DIAS CLORFENAMINA 4 MG 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS EDUCO SOBRE SIGNOS DE ALARMA.		C5	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15449730)			
MICHELLE DAZA ROMAY MEDICO APS 25682808-1			

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.