



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 14227352

1-A ✓

ADMISSION: 15/03/2024 17:17		INICIO DE ATENCION: 15/03/2024 17:41		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: ISIDORA PAZ OJEDA CANTERO		RUT: 25780259 - 0		TELEFONO: 78932946 (CELULAR)	
DIRECCION: RIOQUINO 660		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - B	
EDAD: 6 años 9 meses 21 días (23/05/2017)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora :	15/03/2024 17:18		REF. TOS SECA, CONGESTION NASAL, MIALGIA		
Temperatura Axilar:	37 [°C]		Observaciones Categorización		
Temperatura Rectal:			REF. TOS SECA, CONGESTION NASAL, MIALGIA		
Presión Sistólica:			Funcionario Que Atiende		
Presión Diastólica:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matró(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Frecuencia Cardíaca:	106 [x]		Tipo de Consulta : INFANTIL		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saturometría:	99 [%]		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:	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° 14227352)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda	
J00X : RESFRIO COMUN		C5	
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención	
AM : NO ALERGIA : NO ES TRAIDA POR MADRE QUIEN REFIERE DOLOR DE CABEZA , CONGESTION NASAL Y DOLOR DE CUEPRO SIN FIEBRE EX. FISICO HD ESTABLE AFEBRIL HIDRATADA CON SECRECION NASAL CARDIOPULMONAR: RR2T SS , MP + SRH CON MIALGIA Y CEFALIA		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente	
		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.	
Indicaciones al alta		Categorización Cierre Atención	
HIDRATACION ABUNDANTA IBUPROFENO DAR A TOMAR 7 ML CADA 8 HRS X 3 DIAS CLORFENAMINA 1 COMP DIA X 5 DIAS PARACETAMOL DAR A TOMAR 1/2 COMP CADA 8 HRS X 3 DIA EDUCO CONSULTAR SOS		C5	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14227352)			
GLENDYS GUTIERREZ PULIDO MEDICO APS 27013514-5			

RECETA DESPACHADA

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.