

TU A



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 14429487

ADMISION: 13/05/2024 17:13		INICIO DE ATENCION: 13/05/2024 17:35		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: YARITZA AVELLO LOPEZ		RUT: 22394293 - 8		TELEFONO: 78325093 (CELULAR)							
DIRECCION: CALLE MARILUAN 799 B		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - B							
EDAD: 17 años 0 meses 3 días (10/05/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)									
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Hora:		13/05/2024 17:22									
Temperatura Axilar:		36,5 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:		88 [x]									
Frecuencia Respiratoria:											
Saturimetría:		96 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I							
Dolor, EVA:		0 [x]									
Distresado:		NO		SI - NO							
<b>Motivo de Consulta</b> REF MIALGIA + CEFALEA HACE 1 DIA											
<b>Observaciones Categorización</b> REF MIALGIA + CEFALEA HACE 1 DIA											
<b>Funcionario Que Atiende</b>											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matron(a)											
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)											
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico											
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo											
Tipo de Consulta: ADULTO											
Atención Manifestación Social: NO											
Tipo de Paciente: NO APLICA											
Origen de la Procedencia											
DOMICILIO											
Otros Datos											
* 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"/> Contundente		<table border="1"><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td colspan="3">:</td></tr></table>		Hora aproximada del hecho			:		
Hora aproximada del hecho											
:											
<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"/> Frio									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro									
<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											
<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 N° 14429487)</b>											
J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA											
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>											
C5											
<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											
Sin control											
Destino:											
Fecha de Indicación											
Hospitalización: Sin Información.											
<b>Categorización Cierre Atención</b>											
C4											
<b>Anamnesis e historia clínica</b>											
ANT MED NO											
RAM NO											
ACUDE POR UN DIA DE MALESTAR GENERAL, MIALGIAS, FIEBRE, CEFALEA, ODINOFAGIA, CORIZA Y TOS.											
AL EF:											
BEG, AFEBRIL, HIDRATADA											
FARINGE CONGESTIVA, AMIGDALAS SIN EXUDADOS											
RR2T SS, MP+ SRA											
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>											
CSV											
EX FISICO											
DICLOFENACO 75MG IM											
<b>Indicaciones al alta</b>											
REPOSO RELATIVO											
LIQ ABUNDANTES											
PARACETAMOL 1GR VO CADA 8H SOS FIEBRE O DOLOR											
IBUPROFENO 400MG VO CADA 8H POR 3 DIAS											
CLORFENAMINA 4MG VO NOCHE POR 3 NOCHES											
CONTROL SOS											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14429487)</b>											
YENNIFER DAYANA MEDINA NELO											
MEDICO APS											
26567525-5											

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.