



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 COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 17 años 0 meses 3 dias (10/05/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - B	
SIGNS VITALES				
Hora :	13/05/2024 17:22			
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]			
Temperatura Rectal:				
Presión Sistólica:				
Presión Diastólica:				
Frecuencia Cardiaca:	88 ['x]			
Frecuencia Respiratoria:				
Saturometria:	96 [%]			
Latidos Cardio - Fetales:				
Hemoglucotest:				
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I		
Dolor, EVA:	0 ['x]			
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	DIA	MES	AÑO
			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 Nº 14429487)				
1069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA				
Resultado aplicación protocolo selector de demanda				
<input type="checkbox"/> C5				
Condición del paciente al cierre de atención				
<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido				
Destino Inmediato del Paciente				
Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación: _____ Sin Hospitalización: _____ Información.				
Categorización Cierre Atención				
<input type="checkbox"/> C4				
Anamnesis e historia clínica				
ANT MED NO RAM NO				
ACUDE POR UN DIA DE MALESTAR GENERAL, MIALGIAS, FIEBRE, CEFALÉA, ODINOFAGIA, CORIZA Y TOS.				
AL EF: BEG, AFEBRIL, HIDRATADA FARINGE CONGESTIVA, AMIGDALAS SIN EXUDADOS RR2T SS, MP+ SRA				
Procedimientos e indicaciones en box				
CSV EX FISICO DICLOFENACO 75MG IM				
Indicaciones al alta				
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				
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14429487)				
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.