

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15853644

ADMISION: 31/07/2025 23:08	INICIO DE ATENCION: 31/07/2025 23:12	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS								
NOMBRE: MARIA IGNACIA BRANDT RIVAS		RUT : 26159221 - 5	TELEFONO: 62240367 (CELULAR)							
DIRECCION: PASAJE DON FELIPE N° 3020, VILLA DON COMUNA: JUANIN TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 7 años 4 meses 24 dias (07/03/2018)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)	PREVISION: FONASA - B							
SIGNS VITALES										
Hora :	31/07/2025 23:09									
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]									
Temperatura Rectal:										
Presión Sistólica:										
Presión Diastólica:										
Frecuencia Cardiaca:	98 ['x]									
Frecuencia Respiratoria:										
Saturometría:	99 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:										
Hemoglucotest:										
Estado de Conciencia (AVDT):	ALERTA	A - V - D - I								
Dolor, EVA:										
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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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					
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td> </tr> </table>						<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
<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 15853644)					Resultado aplicación protocolo selector de demanda					
L080 : (En estudio) PIODERMATTIS					<input type="checkbox"/> C5					
Anamnesis e historia clínica					Condición del paciente al cierre de atención					
ANTECEDENTES PERSONALES: - ALERGIA A MEDICAMENTOS: -					<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido					
EA: PACIENTE QUIEN MADRE REFIERE: LESIONES CUTANEAS - MOTIVO POR EL CUAL ACUDE PIEL: LESIONES EN ABDOMEN - EXTEMIDADES - LESIONES DESCAMATIVAS CON COSTRAS MIELICERICAS CON HALO ERITEMATOSO					Destino Inmediato del Paciente					
					Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.					
Procedimientos e Indicaciones en box					Categorización Cierre Atención					
CSV PESO: 30KG AMERITA REPOSO POR 7 D 					<input type="checkbox"/> C5					
Indicaciones al alta										
IBUPROFENO 7.5 CC C/8H X 3D CEFADROXILO 500 MG C / 12 H POR 7 DIAS *MUPRIROCINA CREMA APLICAR CADA 8 H POR 7 DIAS CLORFENAMINA 4 MG DIARIOS POR NOCHE - 7 DIAS ABUNDANTES LÍQUIDOS CONTROL EN SU CESFAM POR POLICLÍNICO DE PERSISTIR SÍNTOMAS SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA 										
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15853644)										
ELIANA CAROLINA PEREIRA LISBOA MEDICO APS 26752151-4										

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.