

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15853644

ADMISSION: 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 JUAQUIN TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 7 años 4 meses 24 días (07/03/2018)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - B	

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora :	31/07/2025 23:09		REF ALERGIA EN CUERPO		
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]		Observaciones Categorización		
Temperatura Rectal:			REF ALERGIA EN CUERPO		
Presión Sistólica:			Funcionario Que Atiende		
Presión Diastólica:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Frecuencia Cardíaca:	98 [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	Hora 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"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <td></td> </tr> </table>	
DIA	MES	AÑO								

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° 15853644) L080 : (En estudio) PIDERMATITIS	Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5
Anamnesis e historia clínica ANTECEDENTES PERSONALES: - ALERGIA A MEDICAMENTOS: - 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	Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box CSV PESO: 30KG AMERITA REPOSO POR 7 D	Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta IBUPROFENO 7.5 CC C/8H X 3D CEFADROXILO 500 MG C / 12 H POR 7 DIAS MUPIROCINA CREMA APLICAR CADA 8 H POR 7 DIAS CLORFENAMINA 4 MG DIARIOS POR NOCHE - 7 DIAS ABUNDANTES LIQUIDOS CONTROL EN SU CESFAM POR POLICLINICO DE PERSISTIR SINTOMAS SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA	Categorización Cierre Atención C5
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 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.