



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 14374973

ADMISION: 28/04/2024 14:58		INICIO DE ATENCION: 28/04/2024 16:21		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: CAMILA ANTONIA UBILLA MONCADA	RUT: 26452290 - 0	TELEFONO: 93430718 (CELULAR)			
DIRECCION: SECTOR EL NATRE S/N	PUEBLO ORIGINARIO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):			
COMUNA: TEMUCO	DECLARADO:	PREVISION:		ACTUALIZAR INFORMACION	
EDAD: 5 años 7 meses 30 días (29/08/2018)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)				
SIGNOS VITALES					
Hora:	28/04/2024 16:09	28/04/2024 17:27			
Temperatura Axilar:	38.4 [°C]	37.4 [°C]			
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	145 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturimetría:	97 [%]				
Latidos Cardíaco - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA			
Dolor, EVA:					
Distresado:	SI - NO	SI - NO			
Motivo de Consulta					
REF TOS PRODUCTIVA HACE 1 DIA					
Observaciones Categorización					
REF TOS PRODUCTIVA HACE 1 DIA					
Funcionario Que Atiende					
<input checked="" type="checkbox"/> Médico					
<input type="checkbox"/> Odontólogo					
<input type="checkbox"/> Matrán(a)					
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)					
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico					
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo					
Tipo de Consulta : INFANTIL					
Atención Manifestación Social: NO					
Tipo de Paciente: NO APLICA					
Origen de la Procedencia					
DOMICILIO					
Otros Datos					
* NINGUNO					
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"/> Contundente		DIA	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		MES	
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante		AÑO	
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante		Hora aproximada del hecho	
<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					
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° 14374973)					
J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda					
C4					
Condición del paciente al cierre de atención					
<input checked="" 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					
C5					
Anamnesis e historia clínica					
ANT MED NO					
RAM NO					
CONTROLES Y PNI OK					
PESO: 18KG					
DESDE HACE 3 DIAS CON MALESTAR GENERAL, CORIZA Y TOS. AYER ASOCIA FIEBRE.					
AL EF:					
BEG, AFEBRIL, HIDRATADO					
FARINGE CONGESTIVA, AMIGDALAS SIN EXUDADOS					
RR2T SS, MP+ SRA					
Procedimientos e indicaciones en box					
CSV					
EX FISICO					
PARACETAMOL SUP 125MG X 1					
CONTROL TEMP 1HR: 37.4					
Indicaciones al alta					
REPOSO RELATIVO, EN CASA POR 3 DIAS					
LIQ ABUNDANTES					
ASEO NASAL SOS					
PARACETAMOL SUP 125MG VR SOS					
IBUPROFENO SUSP 200MG/5ML 4.5ML VO CADA 8H POR 3 DIAS					
CONTROL SOS					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14374973)					
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.

Acuérdate en home lab y como de paul muf

Yennifer Medina Nelo
Rut: 26.567.525-5
Medico Cirujano