



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 14488494

304

ADMISSION: 28/05/2024 18:35		INICIO DE ATENCION: 28/05/2024 19:19		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: DANNAE FRANCISCA ARIAS SALGADO		RUT: 25174868 - 3	TELEFONO: 66807038 (CELULAR)		
DIRECCION: CACIQUE HUILLIMAN 01461		PUEBLO ORIGINARIO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - B	
EDAD: 8 años 7 meses 14 días (14/10/2015)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			
<b>SIGNOS VITALES</b>					
Hora: 28/05/2024 18:36					
Temperatura Axilar: 36.7 [°C]					
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca: 88 [x]					
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría: 100 [%]					
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA		A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado: NO		SI - NO			
<b>Motivo de Consulta</b>					
MAAM REF DOLOR AL ORINAR DE AYER					
<b>Observaciones Categorización</b>					
MAAM REF DOLOR AL ORINAR DE AYER					
<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: INFANTIL					
Atención Manifestación Social: NO					
Tipo de Paciente: NO APLICA					
<b>Origen de la Procedencia</b>					
DOMICILIO					
<b>Otros Datos</b>					
* 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		<b>DÍA</b> <b>MES</b> <b>AÑO</b>	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<b>Hora aproximada del hecho</b>	
<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° 14488494)</b>					
N390 : INFECCION URINARIA					
<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					
Con indicación de tratamiento en su estab.					
Destino:					
Fecha de Indicación Sin					
Hospitalización: Información.					
<b>Categorización Cierre Atención</b>					
C5					
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>					
CSV					
PESO 26 KG					
AMERITA REPOSO POR 7 DIAS					
<b>Indicaciones al alta</b>					
IBUPROFENO 6.5 CC C/8H X 3D					
AMOXICILINA + AC CLAV 8 CC CADA 12 H POR 7 DIAS					
ASEO DE GENITALES CON AGUA					
CONTROL EN SU CESFAM POR POLICLINICO DE PERSISTIR SINTOMAS					
SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA					
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14488494)</b>					
ELIANA CAROLINA PEREIRA LISBOA					
MEDICO APS					
26752151-4					

RECETA DESPACHADA

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.