

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 14728292

ADMISSION: 20/08/2024 21:05		INICIO DE ATENCION: 20/08/2024 21:43		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: YENNIFER ANTONELLA AGUAYO FUENTES		RUT:	25387529 - 1	TELEFONO:	32563347 (CELULAR)						
DIRECCION: CALLE SAN RAMON N7 160, SANTA ROSA		PUEBLO ORIGINARIO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION:	FONASA - A						
EDAD: 8 años 2 meses 29 días (22/05/2016)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)								
SIGNOS VITALES											
Hora:	20/08/2024 21:31										
Temperatura Axilar:	37 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	109 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	99 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	SI - NO	SI - NO									
Motivo de Consulta FIEBRE ODINOFAGIA											
Observaciones Categorización FIEBRE ODINOFAGIA											
Funcionario Que Atiende											
<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											
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		<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="3">:</td></tr></table>		Hora aproximada del hecho			:		
Hora aproximada del hecho											
:											
<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											
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° 14728292) J068 : FARINGOAMIGDALITIS											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5											
Anamnesis e historia clínica APP: NO RAM: NO QX: NO ACUDE A URGENCIA POR REFERIR CUADRO DE ODINOFAGIA, RINORREA, CONGESTION NASAL Y FIEBRE DE 2 DIAS. E.F AFEBRIL, FARINGE CONGESTIVA CON EXUDADOS, AMIGDALAS INFLAMADAS CON EXUDADOS R2RTSS, MP+SRA VIGIL Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE											
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido											
Procedimientos e indicaciones en box											
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.											
Indicaciones al alta REPOSOX 5 DIAS HIDRATACION AMOLEX JARABE 5 CC CADA 12H X7D IBUPROFENO 200/5ML 6 CC CADA 8XH 3D PREDNISONA 5 MG CADA 24H X5D URGENCIA SOS											
Categorización Cierre Atención C5											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14728292) KERBY ELBEAU . MEDICO APS 26655972-0											

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.