

20A



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 14728292

ADMISION: 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:					
EDAD: 8 años 2 meses 29 dias (22/05/2016)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	FONASA - A					
SÍGNOS VITIALES									
Hora :	20/08/2024 21:31								
Temperatura Axilar:	37 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	109 [x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría:	99 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucostest:									
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"/> Enfermer(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"/> 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"/> Corte-punzante <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></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table>									:
			:						
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 Nº 14728292) JO68 : FARINOAMIGDALITIS									
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C5									
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido									
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.									
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C5									
Anamnesis e historia clínica									
APP: NO RAM: NO QX: NO ACUDE A URGENCIA POR REFERIR CUADRO DE ODINOFAGIA, RINORREA, CONGESTION NASLA Y FIEBRE DE 2 DIAS. E.F AFEBRIL, FARINGE CONGESTIVA CON EXUDADOS, AMIGDALAS INFLAMADAS CON EXUDADOS R2RTSS, MP+SRA VIGIL Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE									
Procedimientos e indicaciones en box									
Indicaciones al alta REPOSO X 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									
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 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.