



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 14333506

ADMISION: 16/04/2024 17:58		INICIO DE ATENCION: 16/04/2024 20:03		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: FLORENCIA RIVAS RECABARREN		RUT :	24460002 - 6	TELEFONO:	Sin Informacion				
DIRECCION: AVDA. VALPARAISO 569 COMUNA: TEMUCO EDAD: 10 años 4 meses 24 dias (23/11/2013)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
		SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION:	FONASA - B				
<b>SIGNS VITALES</b>									
Hora :	16/04/2024 17:59								
Temperatura Axilar:	37.1 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	115 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría:	99 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I							
Dolor, EVA:									
Distresos:	SI - NO	SI - NO							
<b>Motivo de Consulta</b> REF: RESFRIO, DOLOR ESTROMACAL									
<b>Observaciones Categorización</b> REF: RESFRIO, DOLOR ESTROMACAL									
<b>Funcionario Que Atiende</b>		<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							
		<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"/> 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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table>									:
			:						
<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 Nº 14333506)</b> J069 : INFECCION AGUDA VIA RESPIRATORIA ALTA( NO ESPECIFICADO ) R104 : (En estudio) DOLOR ABDOMINAL									
<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>									
<b>Indicaciones al alta</b>									
REPOSO X 5 DIAS SALBUTAMOLA+AEROCAMARA 2 PUFF CADA 6H XSD IBUPROFENO 400 MG CADA 8XH 3D AMOXICILINA 500 MG CADA 8XH 1D URGENCIA SOS POLICLINICO SOS									
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14333506)</b>									
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.