



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 14227309

ADMISION: 15/03/2024 17:12		INICIO DE ATENCION: 15/03/2024 17:17		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: BELEN ANAHIS MORAGA GARRIDO		RUT: 23336573 - 4		TELEFONO: 90608270 (CELULAR)	
DIRECCION: PASAJE 3 NORTE 01154 PUEBLO NUEVO		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - B	
EDAD: 13 años 9 meses 17 días (27/05/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES		
Hora :	15/03/2024 17:13	
Temperatura Axilar:	37.9 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	86 [mmHg]	
Presión Diastólica:	60 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	115 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	99 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemogluco test:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta	
REF. DOLOR DE CABEZA	
Observaciones Categorización	
REF. DOLOR DE CABEZA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DECAIMIENTO	
Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta : INFANTIL
<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	
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	Hora aproximada del hecho									
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<table border="1"><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1"><tr><td></td><td>:</td><td></td></tr></table>		:	
DIA	MES	AÑO										
	:											
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante											
<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"/> Frío											
<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° 14227309)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda
J068 : FARINGOAMIGDALITIS	C4
Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención
SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA QUIEN ACUDE POR PRESENTAR TOS PRODUCTIVA ACOMPAÑADA DE RINORREA HIALINA ANTERIOR , CEFALEA DE LOCALIZACIÓN FRONTAL AL EXAMEN FÍSICO AFEBRIL EUPNEICO TOLRANDO VIA ORAL Y O2 AMBIENTAL OIDO PABELLONA AURICULAR NORMOIMPLANTADO CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO NO PERMEABLE POR CERUMEN IMPACTADO FARINGE CONGESTIVA PFP RUGOSA RINORREA POSTERIOR AMÍGDALAS GRADO II/IV CON EXUDADOS CARDIORESPIRATORIO MV(+) SIN AGREGADOS	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box	Destino Inmediato del Paciente
	Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta	Categorización Cierre Atención
AMOLEX 1 COMPRIMIDO CADA 12 HORAS POR 07 DÍAS PREDNISONA 20 MG 1 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS POR 05 DÍAS CLORFENAMINA 1 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS POR 05 DÍAS IBUPROFENO 01 COMPRIMIDO CADA 08 HORAS POR 03 DÍAS CONTROL SOS EN POLICLINICO	C5
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14227309)	
EGLIS SALAZAR MOSQUEDA MEDICO APS 26544570-5	

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.