

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 14341126

3A.

ADMISION: 18/04/2024 20:15		INICIO DE ATENCION: 18/04/2024 20:34		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																														
NOMBRE: MARTINA JESUS VILLAR ASTETE		RUT : 25178706 - 9		TELEFONO:	Sin informacion																													
DIRECCION: CORNELIO SAAVEDRA 580 COMUNA: TEMUCO EDAD: 8 años 5 meses 23 dias (26/10/2015)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): FONASA - B PREVISION:																														
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>18/04/2024 20:16</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>37 [°C]</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardiaca:</td> <td>107 [x]</td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>98 [%]</td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglucotest:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estado de Conciencia (AVDI):</td> <td>A - V - D - I</td> <td>A - V - D - I</td> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>SI - NO</td> <td>SI - NO</td> </tr> </table>						Hora :	18/04/2024 20:16	Temperatura Axilar:	37 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	107 [x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	98 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I	Dolor, EVA:		Distresado:	SI - NO	SI - NO	
Hora :	18/04/2024 20:16																																	
Temperatura Axilar:	37 [°C]																																	
Temperatura Rectal:																																		
Presión Sistólica:																																		
Presión Diastólica:																																		
Frecuencia Cardiaca:	107 [x]																																	
Frecuencia Respiratoria:																																		
Saturometría:	98 [%]																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																		
Hemoglucotest:																																		
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:																																		
Distresado:	SI - NO	SI - NO																																
Motivo de Consulta REF: FIEBRE, ODINOFAGIA																																		
Observaciones Categorización REF: FIEBRE, ODINOFAGIA																																		
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td> <td>Tipo de Consulta : INFANTIL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td> <td>Atención Manifestación Social: NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td> <td>Tipo de Paciente: NO APLICA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td> <td></td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL	<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO	<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																		
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																																	
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																	
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																																	
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																		
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																		
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																		
Origen de la Procedencia DOMICILIO																																		
Otros Datos * NINGUNO																																		
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td> <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 </td> <td> <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 </td> <td> <table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>						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	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho			:			Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td> </tr> </table>						<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
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	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho			:																						
DIA	MES	AÑO																																
Hora aproximada del hecho																																		
:																																		
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td> </tr> </table>						<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																								
<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 14341126) J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA			Resultado aplicación protocolo selector de demanda CS																															
Anamnesis e historia clínica ANT MED NO RAM NO CONTROLES Y PNI OK. PEND INFLUENZA 2024 PESO: TRAIDA POR MADRE POR HORAS DE EVOLUCION DE FIEBRE HASTA 39°C, MIALGIAS, ODINOFAGIA, CORIZA Y TOS. COMPAÑEROS EN CENTRO EDUCATIVO CON INFLUENZA. AL EF: BEG, AFEBRIL, HIDRATADA FARINGE CONGESTIVA, AMIGDALAS SIN EXUDADOS RR2T SS, MP+ SRA			Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																															
Procedimientos e Indicaciones en box CSV EX FISICO			Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.																															
Indicaciones al alta REPOSO RELATIVO LIQ ABUNDANTES PARACETAMOL 500MG VO CADA 8H SOS FIEBRE IBUPROFENO 200MG/5ML 8ML VO CADA 8H POR 3 DIAS TOMA DE PANEL VIRAL MAÑANA EN HORARIO HABIL CONTROL SOS			Categorización Cierre Atención CS																															
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14341126) YENNIFER DAYANA MEDINA NELO MEDICO APS 26567525-5																																		

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.