



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 14492080

BB

| | | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|-------------------------------|------------|
| ADMISION: 29/05/2024 18:55 | | INICIO DE ATENCION: 29/05/2024 21:28 | | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS | |
| NOMBRE: CATALINA CECILIA SANTIBÁÑEZ JARA | | RUT : 23379148 - 2 | TELÉFONO: 79542766 (CELULAR) | | |
| DIRECCION: CALLE GABRIELA MISTRAL N° 1111, VILLA LOS POETAS LAUTARO | | PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | | |
| COMUNA: 13 años 10 meses 5 dias (24/07/2010) | | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) | PREVISION: FONASA - C | | |
| SIGNS VITALES | | | | | |
| Hora : 29/05/2024 21:23 | | | | | |
| Temperatura Axilar: 36.8 [°C] | | | | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | |
| Presión Sistólica: | | | | | |
| Presión Diastólica: | | | | | |
| Frecuencia Cardíaca: 97 ['x] | | | | | |
| Frecuencia Respiratoria: | | | | | |
| Saturometria: 99 [%] | | | | | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | | | | |
| Hemoglucosuria: | | | | | |
| Estado de Conciencia (AVD): A - V - D - I | | | | | |
| Dolor, EVA: | | | | | |
| Distresado: SI - NO | | SI - NO | | | |
| Motivo de Consulta TOS CON FLEMAS, ODINOFAGIA, CEFALEA, MIALGIA, DESDE HOY | | | | | |
| Observaciones Categorización TOS CON FLEMAS, ODINOFAGIA, CEFALEA, MIALGIA, DESDE HOY | | | | | |
| 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"/> 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 | DIA | MES | AÑO |
| | | | | | : : |
| 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° 14492080) | | | | | |
| J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA | | | | | |
| Resultado aplicación protocolo selector de demanda | | | | | |
| CS | | | | | |
| 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 | | | | | |
| CS | | | | | |
| Procedimientos e indicaciones en box | | | | | |
| CSV AMERITA REPOSO PÓR 7 DIAS | | | | | |
| Indicaciones al alta | | | | | |
| PARACETAMOL 1 COMP C/8H X 3D IBUPROFENO 400 MG (1 COMP) C/8H X 3D CLOREFENAMINA 4 MG (1COMP) C/12H X 3D ABUNDANTES LÍQUIDOS CONTROL EN SU CESFAM POR POLICLÍNICO DE PERSISTIR SÍNTOMAS SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA | | | | | |
| Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14492080) | | | | | |
| ELIANA CAROLINA PEREIRA LISBOA MEDICO APS 26752151-4 | | | | | |

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.