



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 14326256

5-A

ADMISION: 14/04/2024 19:34	INICIO DE ATENCION: 14/04/2024 19:47	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS														
NOMBRE: ISABELLA TRINIDAD NUÑEZ POLANCO		RUT : 24552382 - 3	TELEFONO: 57082062 (CELULAR)													
DIRECCION: CONDOMINIO LAS TRANQUERAS DE HUICHAHUE, PCLA 3 PADRE LAS CASAS		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):													
EDAD: 10 años 1 meses 17 dias (28/02/2014)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - B													
<b>SIGNOS VITALES</b>																
Hora :	14/04/2024 19:35															
Temperatura Axilar:	39 [°C]															
Temperatura Rectal:																
Presión Sistólica:																
Presión Diastólica:																
Frecuencia Cardiaca:	134 ['x]															
Frecuencia Respiratoria:																
Saturometría:	97 [%]															
Latidos Cardio - Fetales:																
Hemoglucotest:																
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I														
Dolor, EVA:																
Distresado:	SI - NO	SI - NO														
<b>Motivo de Consulta</b> SENSACIÓN FEBRIL, MIALGIA, CEFALÉA, ODINOFAGIA.																
<b>Observaciones Categorización</b> SENSACIÓN FEBRIL, MIALGIA, CEFALÉA, ODINOFAGIA.																
<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	<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> <th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </table>	Hora aproximada del hecho			:		
DIA	MES	AÑO														
Hora aproximada del hecho																
:																
<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 N° 14326256)</b> J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)																
				<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4												
<b>Anamnesis e historia clínica</b>																
ANTECEDENTE PERSONAL ; ASMA ANTECEDENTE QX; NIEGA RAM NIEGA PACIENTE CONSULTA POR CUADRO DE TOS SECA , ODINOFAGIA , CEFALÉA , MIALGIA , CONGESTIÓN NASAL , FIEBRE NO CUANTIFICADA , DE 2 DÍAS EVOLUCIÓN , AL EXAMEN FÍSICO CARDIACO RR2T SIN SOPLO , PULMONAR MP+SIN AGREGADO , FARINGE Y AMIGADA DE ASPECTO NORMAL , CAE PERMEABLE SIN ASPECTO PATOLÓGICO																
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>																
METAMIZOL1 AMP IM CLORFENAMINA 1 AMP IM																
<b>Indicaciones al alta</b>																
REPOSO POR 3 DIAS CLORFENAMINA 1 COMP CADA 8 HRS POR 5 DIAS PREDNISONA 5 MG CADA 24 HRS POR 5 DIAS IBUPROFENO 1 COMP CADA 8 HRS POR 5 DIAS CONTROL AL POLI																
<b>Categorización Cierre Atención</b> C5																
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14326256)</b>																
VLADIMYR DECEIDE DECEIDE MEDICO APS 26864778-3																