



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 15418162

ADMISSION: 17/03/2025 18:58		INICIO DE ATENCION: 17/03/2025 19:37		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE:	PASCALLE ISIDORA SALDIVIA POLANCO	RUT:	22815624 - 8	TELEFONO:	57082062 (CELULAR)						
DIRECCION:	HERMANA JUANITA 1232	PUEBLO ORIGINARIO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA:	PADRE LAS CASAS	DECLARADO:		PREVISION:	FONASA - A						
EDAD:	16 años 6 meses 12 dias (05/09/2008)	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)								
SIGNOS VITALES											
Hora:	17/03/2025 19:18										
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:	96 [mmHg]										
Presión Diastólica:	62 [mmHg]										
Frecuencia Cardíaca:	114 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	96 [%]										
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											
SENSACION FEBRIL TOS MIALGIA CESFAM PULMAHUE											
Observaciones Categorización											
SENSACION FEBRIL TOS MIALGIA CESFAM PULMAHUE											
Funcionario Que Atiende											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matrán(a)											
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)											
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico											
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo											
Tipo de Consulta : ADULTO											
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											
<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											
Elemento Causante											
<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											
Fecha Aproximada del Hecho											
<table border="1"><thead><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>						DIA	MES	AÑO			
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											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda											
C5											
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											
C5											
Indicaciones al alta											
REPOSO X 5 DIAS SALBUTAMOL+AEROCAMARA 2 PUFF CADA 6XH 5D AZITROMICINA 50 MG CADA 24HX 5D PRENIDSONA 20MG CADA 24HX 5D IBUPROFENO 400 MG CADA 8XH 3D URGECIA SOS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15418162)											
Kerby Elbeau Elbeau MEDICO APS 26655972-0 Rut: 26655972-0 RCM: 512411-0											

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 preliminar, 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.