

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 14333625

Ko

ADMISION: 16/04/2024 18:19		INICIO DE ATENCION: 16/04/2024 18:32		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																																	
NOMBRE: MARIÁN ANDREA INZUNZA CASTILLO		RUT: 26709660 - 0	TELÉFONO: 82270497 (CELULAR)																																																		
DIRECCION: CALLE CHACABUCO N° STA ROSA N° 885, COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																																		
EDAD: 5 años 1 meses 30 dias (17/02/2019)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A																																																		
SÍGNOS VITIALES <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>16/04/2024 18:19</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>36.8 [°C]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardiaca:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglúcometer:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estado de Conciencia (AVDI):</td> <td>A - V - D - I</td> <td>A - V - D - I</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td>SI - NO</td> <td>SI - NO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Hora :	16/04/2024 18:19		Temperatura Axilar:	36.8 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:			Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:			Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglúcometer:			Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I				Dolor, EVA:	SI - NO	SI - NO				Distresado:					
Hora :	16/04/2024 18:19																																																				
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]																																																				
Temperatura Rectal:																																																					
Presión Sistólica:																																																					
Presión Diastólica:																																																					
Frecuencia Cardiaca:																																																					
Frecuencia Respiratoria:																																																					
Saturometría:																																																					
Latidos Cardio - Fetales:																																																					
Hemoglúcometer:																																																					
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I																																																			
Dolor, EVA:	SI - NO	SI - NO																																																			
Distresado:																																																					
Motivo de Consulta REF: INAPETENTE, ESCALOFRIOS, TOS (TEA)																																																					
Observaciones Categorización REF: INAPETENTE, ESCALOFRIOS, TOS (TEA)																																																					
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 <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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corte-puntante <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> Hora aproximada del hecho : </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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corte-puntante <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> Hora aproximada del hecho :	DIA	MES	AÑO																																							
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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corte-puntante <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> Hora aproximada del hecho :	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 C4																																																					
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 X5 DIAS HIDRATACIÓN IBUPROFENO 200/5ML 5 CC CADA 8XH 3D ✓ URGENCIA SOS POLICLINICO SOS																																																					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14333625) KERBY ELBEAU . MEDICO APS 26655972-0																																																					

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 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.