



K2

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 14681897

| | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|---|-------------------------------|---------------------------|--------------------------------|----|--|---|
| ADMISION: 06/08/2024 19:33 | | INICIO DE ATENCION: 06/08/2024 20:23 | | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS | | | | | |
| NOMBRE: MARIÁN ANDREA INZUNZA CASTILLO | | RUT : 26709660 - 0 | | TELEFONO: 82270497 (CELULAR) | | | | | |
| DIRECCION: CALLE CHACABUCO N° STA ROSA N° 885, COMUNA: TEMUCO | | PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO | | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | | | | | |
| EDAD: 5 años 5 meses 20 dias (17/02/2019) | | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) | | PREVISION: FONASA - A | | | | | |
| SIGNS VITALES | | | | | | | | | |
| Hora : | 06/08/2024 19:34 | 06/08/2024 20:10 | Motivo de Consulta REF TOS CON FLEMAS, INAPETENCIA, DECAIMIENTO Y SENSACION FEBRIL DE 2 DIAS (AUTISMO) | | | | | | |
| Temperatura Axilar: | 36.6 [°C] | | Observaciones Categorización REF TOS CON FLEMAS, INAPETENCIA, DECAIMIENTO Y SENSACION FEBRIL DE 2 DIAS (AUTISMO) | | | | | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | | | | | |
| Presión Sistólica: | | | | | | | | | |
| Presión Diastólica: | | | | | | | | | |
| Frecuencia Cardiaca: | 117 [x] | | | | | | | | |
| Frecuencia Respiratoria: | | | | | | | | | |
| Saturometría: | 95 [%] | | | | | | | | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | | | | | | | | |
| Hemoglucotest: | | | | | | | | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | ALERTA | | | | | | | |
| Dolor, EVA: | | | | | | | | | |
| Distresado: | SI - NO | SI - NO | | | | | | | |
| 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 | Hora aproximada del hecho | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table> 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° 14681897) | | | | | | | | | |
| J209 : BRONQUITIS (MENORES DE 15 AÑOS) | | | | | | | | | |
| Resultado aplicación protocolo selector de demanda | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>C4</td> </tr> </table> | | | | | | C4 | | | |
| C4 | | | | | | | | | |
| Condición del paciente al cierre de atención | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | | | | | | | | | |
| Destino Inmediato del Paciente | | | | | | | | | |
| Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información. | | | | | | | | | |
| Procedimientos e indicaciones en box | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>Categorización Cierre Atención</td> </tr> <tr> <td>C4</td> </tr> </table> | | | | | | Categorización Cierre Atención | C4 | | |
| Categorización Cierre Atención | | | | | | | | | |
| C4 | | | | | | | | | |
| Indicaciones al alta | | | | | | | | | |
| SALBUTAMOL 2 PUFF CADA 8 HORAS POR 5 DIAS AMOXICILINA 500 MG/5ML 2,5 ML CADA 8 HORAS POR 7 DIAS RESPOSO EN DOMICILIO HASTA EL 10/08/24 EN CASO DE AUMENTAR LA SINTOMATOLOGIA CONSULTA EN HORAS DE MORBILIDAD | | | | | | | | | |
| Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14681897) | | | | | | | | | |