

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 días (17/02/2019)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A	
SIGNOS VITALES					
Hora:		06/08/2024 19:34		06/08/2024 20:10	
Temperatura Axilar:		36.6 [°C]			
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:		117 [x]			
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:		95 [%]			
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		ALERTA	
Dolor, EVA:					
Distresado:		SI - NO		SI - NO	
Motivo de Consulta REF TOS CON FLEMAS, INAPETENCIA, DECAIMIENTO Y SENSACION FEBRIL DE 2 DIAS (AUTISMO)					
Observaciones Categorización REF TOS CON FLEMAS, INAPETENCIA, DECAIMIENTO Y SENSACION FEBRIL DE 2 DIAS (AUTISMO)					
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: 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		Hora aproximada del hecho						
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO					
DIA	MES	AÑO								
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante									
<input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública	<input type="checkbox"/> Arma de Fuego									
<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Explosión									
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor									
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frío									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro									
<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										
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 C4
Anamnesis e historia clínica PACIENTE CONSULTA CON DOLOR FARINGEO DESDE HACE 2 DIAS SIN LESIONES, SENSACION FEBRIL SIN OTROS SINTOMAS. PIEL Y MUCOSAS ROSADAS E HIDRATADAS. CUELLO: YUGULARES PLANAS. SIN SOPLOS CAROTÍDEOS. CARDIACO: RITMO REGULAR EN DOS TIEMPOS SIN RUIDOS AGREGADOS. RESPIRATORIO: MURMULLO PULMONAR PRESENTE, RONCUS DIFUSO.		Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.
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		Categorización Cierre Atención C4
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14681897)		