



5-B

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 14330928

ADMISION: 15/04/2024 22:27		INICIO DE ATENCION: 15/04/2024 23:48		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: HELENA AMANDA INZUNZA CASTILLO		RUT : 24569839 - 9		TELEFONO: 77628868 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE CHACABUCO 885 S/N COMUNA: TEMUCO EDAD: 10 años 0 meses 28 dias (18/03/2014)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A	
SIGNS VITALES					
Hora :	15/04/2024 23:30				
Temperatura Axilar:	37 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardiaca:	93 ['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			
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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho :
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 Nº 14330928) J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda CS					
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.					
Categorización Cierre Atención CS					
Procedimientos e Indicaciones en box CSV EX FISICO					
Indicaciones al alta REPOSO RELATIVO, EN CASA POR 3 DIAS LIQ ABUNDANTES PARACETAMOL 500MG VO CADA 8H SOS FIEBRE IBUPROFENO SUSP 200MG/5ML 9ML VO CADA 8H POR 3 DIAS CLORFENAMINA 4MG VO NOCHE POR 3 NOCHES CONTROL SOS					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14330928) YENNIFER DAYANA MEDINA NELO MEDICO APS 26567525-5					

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.