



## 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		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:	RURAL:		
EDAD: 10 años 0 meses 28 días (18/03/2014)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A		

  

<b>SIGNOS VITALES</b>			<b>Motivo de Consulta</b>		
Hora:	15/04/2024 23:30		REF: SENSACION FEBRI, TOS PRODUCTIVA HACE 2 DIAS		
Temperatura Axilar:	37 [°C]		<b>Observaciones Categorización</b>		
Temperatura Rectal:			REF: SENSACION FEBRI, TOS PRODUCTIVA HACE 2 DIAS		
Presión Sistólica:			<b>Funcionario Que Atiende</b>		
Presión Diastólica:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matró(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Frecuencia Cardíaca:	93 [x]		Tipo de Consulta: INFANTIL		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saturimetría:	97 [%]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Latidos Cardio - Fetales:			<b>Origen de la Procedencia</b>		
Hemoglucotest:			DOMICILIO		
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I	<b>Otros Datos</b>		
Dolor, EVA:			* NINGUNO		
Distresado:	SI - NO	SI - NO			

  

**EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES**

<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>							
<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	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 20px; vertical-align: bottom;">:</td> </tr> </table>	:
DIA	MES	AÑO								
:										

  

<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>	
<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	

  

<b>Diagnóstico (DAU N° 14330928)</b>		<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>
J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA		C5
<b>Anamnesis e historia clínica</b>		<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>
ANT MED NO RAM NO CONTROLES Y PNI OK PESO 38.8KG  DESDE AYER CON MALESTAR GENERAL, FIEBRE, CORIZA Y TOS.  AL EF: BEG, AFEBRIL, HIDRATADO, PERFUNDIDO FARINGE CONGESTIVA, AMIGDALAS SIN EXUDADOS RRZT SS, MP+ SRA		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>		<b>Destino Inmediato del Paciente</b>
CSV EX FISICO		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
<b>Indicaciones al alta</b>		<b>Categorización Cierre Atención</b>
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		C5
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14330928)</b>		
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.