



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15459624

PA.

| | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| ADMISSION: 29/03/2025 20:15 | | INICIO DE ATENCION: 29/03/2025 21:18 | | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS | |
| NOMBRE: JOSEFA ANTONIA ABUTER ROMERO | | RUT : 26407161 - 5 | | TELEFONO: 74590404 (CELULAR) | |
| DIRECCION: CALLE EL RETIRO N° 1007, | | PUEBLO ORIGINARIO | | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | |
| COMUNA: TEMUCO | | DECLARADO: | | PREVISION: FONASA - A | |
| EDAD: 6 años 7 meses 27 días (02/08/2018) | | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) | | | |

| | | | | | |
|------------------------------|------------------|---------------|--|--|--|
| SIGNOS VITALES | | | Motivo de Consulta | | |
| Hora : | 29/03/2025 20:15 | | MAMA REF TOS ,FLEMAS | | |
| Temperatura Axilar: | 36.7 [°C] | | Observaciones Categorización | | |
| Temperatura Rectal: | | | MAMA REF TOS ,FLEMAS | | |
| Presión Sistólica: | | | Funcionario Que Atiende | | |
| 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: | 90 [x] | | Tipo de Consulta : INFANTIL | | |
| Frecuencia Respiratoria: | | | Atención Manifestación Social: NO | | |
| Saturometría: | 98 [%] | | Tipo de Paciente: NO APLICA | | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | | Origen de la Procedencia | | |
| Hemoglucotest: | | | DOMICILIO | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | A - V - D - I | Otros Datos | | |
| Dolor, EVA: | | | * NINGUNO | | |
| Distresado: | SI - NO | SI - NO | | | |

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"/> 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 | <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> </td> </tr> </table> | |
| 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 | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Diagnóstico (DAU N° 15459624) | | Resultado aplicación protocolo selector de demanda | |
| J200 : (En estudio) BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A MYCOPLASMA PNEUMONIAE | | C5 | |
| Anamnesis e historia clínica | | Condición del paciente al cierre de atención | |
| ANTECEDENTES PERSONALES: SBOR ALERGIA A MEDICAMENTOS: - INICIO DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: + 1 SEM EA: PACIENTE QUIEN MADRE REFIERE: TOS SECA EMETIZANTE PRED NOCTURNO - MOTIVO POR EL CUAL ACUDE ORL: FARINGE CONGESTIVA SIN EXUDADO CP: TÓRAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE MP + RONCUS BILATS // RR2T NS | | <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | |
| Procedimientos e indicaciones en box | | Destino Inmediato del Paciente | |
| CSV PESO: 28 AMERITA REPOSO POR 7 DIAS | | Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información. | |
| Indicaciones al alta | | Categorización Cierre Atención | |
| CLARITROMICINA 4 CC C/ 12 H POR 7 DIAS PREDNISONA 5 CC DIARIOS POR 5 DIAS IBUPROFENO 400 MG (1 COMPA) C/8H X 3D 7cc SALBUTAMOL 2 PUFF C/ 4 H POR 5 DIAS CONTROL EN SU CESFAM POR POLICLINICO DE PERSISTIR SÍNTOMAS SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA | | C5 | |
| Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15459624) | | | |
| ELIANA CAROLINA PEREIRA LISBOA MEDICO APS 26752151-4 | | | |

RECETA DESPACHADA

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 provisional, 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.