



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15459624

PA.

ADMISION: 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, COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):								
EDAD: 6 años 7 meses 27 dias (02/08/2018)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A								
<b>SIGNS VITALES</b>											
Hora :	29/03/2025 20:15										
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardiaca:	90 ['x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometria:	98 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	SI - NO	SI - NO									
<b>Motivo de Consulta</b> MAMA REF TOS ,FLEMAS											
<b>Observaciones Categorización</b> MAMA REF TOS ,FLEMAS											
<b>Funcionario Que Atiende</b> <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(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											
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO											
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO											
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>											
<b>Naturaleza 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		<b>Elemento Causante</b> <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		<b>Fecha Aproximada del Hecho</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b> :		DIA	MES	AÑO			
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>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C5											
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido											
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización Información.											
<b>Categorización Cierre Atención</b> C5											
<b>Indicaciones al alta</b> CLARITROMICINA 4 CC C/ 12 H POR 7 DIAS PREDNISONA 5 CC DIARIOS POR 5 DIAS IBUPROFENO 100 MG (1 COMP) C/8H X 3D <i>7EC</i> SALBUTAMOL 2 PUFF C / 4 H POR 5 DIAS CONTROL EN SU CESFAM POR POLICLÍNICO DE PERSISTIR SÍNTOMAS SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15459624)</b> ELIANA CAROLINA PEREIRA LISBOA MEDICO APS 26752151-4											

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.

*RECETA DESPACHADA*