

50A



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 11938706

ADMISION: 22/03/2022 17:31		INICIO DE ATENCION: 22/03/2022 19:12		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MIA ANDREA BELTRAN JIMENEZ		RUT: 23661168 - K		TELEFONO: 64504033 (CELULAR)	
DIRECCION: CACIQUE COLIMAN 2995		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 10 años 10 meses 2 días (20/05/2011)				PREVISION: FONASA - A	

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora :	22/03/2022 18:55		ODINOFAGIA TOS MIALGIA		
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]		Funcionario Que Atiende <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matron(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	104 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	99 [%]				
Latidos Cardíaco - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:			Tipo de Consulta : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA		
Distresado:	SI - NO	SI - NO	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"/> 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"/> 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>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Hora aproximada del hecho	
DÍA	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 N° 11938706) B349 : (En estudio) VIROSIS	Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5
---	---

Anamnesis e historia clínica ANTECEDENTES: ALERGIA A MEDICAMENTOS: ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS: CONTACTO CON PACIENTE COVID19+: NIEGA ESQUEMA DE VACUNAS: MC: ODINOFAGIA MIALGIA EA: MADRE REIFERE QUE DESDE EL DIA DE AYER CURSA CON TOS MIALGIA MOTIVO POR EL CUAL ACUDE REFIERE QUE EN CURSO ESTAN DE CUARENTENA YA QUE HAY PACIENTES COVID19+ EXAMEN FISICO: ORL: FARINGE ERITEMATOSA CP:MP+, RUIDOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS; RUIDOS CARDIACOS RITMICOS EN DOS TONOS SIN SOPLO	Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Categorización Cierre Atención C5
---	---

Procedimientos e indicaciones en box

Indicaciones al alta

REPOSO MEDICO POR 7 DIAS DESDE EL DIA 21/03/2022
 PARACETAMOL 500MG 1 TAB C 8 X 3 DIAS
 IBUPROFENO 400MG 1 TAB C 8 X 3 DIAS
 ACUDIR DIA 25/03/2022 A REALIZAR EXAMEN PCR EN ESTADIO PUEBLO NUEVO
 SE EXPLICAN MEDIDAS GENERALES
 AISLAMIENTO EN DOMICILIO
 SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA
 SE INDICAN RECOMENDACIONES PERTINENTES

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 11938706)

ORLANDO RAFAEL RIVERA ARIAS
 MEDICO APS
 26879642-8

Dr. Orlando Rivera A
 Rut: 26.879.642-8
 RCM: 49279-5

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.