



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 12399990

703.

ADMISSION: 25/08/2022 22:18	INICIO DE ATENCION: 25/08/2022 22:30	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: ISIDORA FERNANDA GUZMAN ROBLES	RUT: 23063270 - 7	TELEFONO: 64114453 (CELULAR)
DIRECCION: FUNDO SAN GERONIMO CAMINO A FREIRE PARCELA 4		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 13 años 1 meses 23 días (02/07/2009)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - D

SIGNOS VITALES

Hora :	25/08/2022 22:19	
Temperatura Axilar:	38.9 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	137 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	95 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Motivo de Consulta

MAMA REFIERE FIEBRE Y DIF. RESPIRATORIA

Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico
☐ Odontólogo
☐ Matrón(a)
☐ Enfermero(a)
☐ Técnico Paramédico
☐ Kinesiólogo

Tipo de Consulta : INFANTIL

Atención Manifestación Social: NO
Tipo de Paciente: NO APLICA

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><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO				<table><tr><td></td></tr><tr><td>:</td></tr></table>		:
DIA	MES	AÑO									
:											

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

☐ Paciente sin lesiones
☐ Leve (0 - 14 días)
☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)
☐ Grave (30 días o más)
☐ Se requieren exámenes complementarios

Diagnóstico (DAU N° 12399990)

J459 : ASMA (BRONQUIAL)

Resultado aplicación
protocolo
selector de demanda

C4

Anamnesis e historia clínica

ANTECEDENTES MORBIDOS ASMA
ALERGIA A MEDICAMENTOS AMOXICILINA + PNC
PACIENTE, CONSULTA POR PRESENTAR DESDE HOY, FIEBRE CUANTIFICADA, CONGESTIÓN NASAL, ODINOFAGIA, CEFALEA, TOS SECA NO PRODUCTIVA Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR, ACUDE POR PERSISTIR LOS SINTOMAS

EXAMEN FISICO:
BUENAS CONDICIONES GENERALES, FEBRIL EUPNEICO
RESPIRATORIO: RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES CON SIBILANTES
OROFARINGE: AMIGDALAS EUTROFICAS, FARINGE INDEMNE
RESTO NORMAL

Condición del paciente al
cierre de atención

- ☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del
PacienteAlta domicilio
Sin controlCategorización Cierre
Atención

C5

Procedimientos e indicaciones en box

TOMAR ABUNDANTES LIQUIDOS

SE RECOMIENDA AGENDAR HORA CON MEDICO DE PERSISTIR SINTOMAS

Indicaciones al alta

BERODUAL X 3 DOSIS
HIDROCORTISONA 500 MG EV
METAMIZOL 1 AMP EV
SALBUTAMOL 2 PUFF CADA 6 HORAS POR 7 DIAS
CLORFENAMINA 1 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS
IBUPROFENO 1 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS
PREDNISONA COMP 20 MG 1 COMP DIARIO POR 7 DIAS

Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU N° 12399990)

Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario
25/08/2022 22:30	25/08/2022 23:48	OBSERVACION	

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12399990)