



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12398681

Sob

ADMISION: 25/08/2022 17:01		INICIO DE ATENCION: 25/08/2022 17:54		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																														
NOMBRE: JOSEFA CATTALINA PALMA CARRILLO DIRECCION: CALLE PASAJE 5 NORTE Nº 1015, TEMUCO EDAD: 10 años 8 meses 24 dias (01/12/2011)		RUT: 23812765 - 3	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	TELÉFONO: 61378316 (CELULAR) PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A																														
<b>SIGNOS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>25/08/2022 17:18</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>37.4 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td>93 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometria:</td><td>97 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucolest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	25/08/2022 17:18	Temperatura Axilar:	37.4 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardíaca:	93 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometria:	97 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucolest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	SI - NO	SI - NO
Hora :	25/08/2022 17:18																																	
Temperatura Axilar:	37.4 [°C]																																	
Temperatura Rectal:																																		
Presión Sistólica:																																		
Presión Diastólica:																																		
Frecuencia Cardíaca:	93 ['x]																																	
Frecuencia Respiratoria:																																		
Saturometria:	97 [%]																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																		
Hemoglucolest:																																		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:																																		
Distresado:	SI - NO	SI - NO																																
<b>Motivo de Consulta</b> MAURE REFIERE DOLOR ABDOMINAL Y LUMBALGIA (5 DIAS)																																		
<b>Funcionario Que Atiende</b> <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td></tr> </table>						<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																							
<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> <table border="1"> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> </tr> <tr> <td> <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         </td> <td> <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         </td> <td> <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>         Hora aproximada del hecho : :       </td> </tr> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha 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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<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> Hora aproximada del hecho : :	DIA	MES	AÑO																				
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha 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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<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> Hora aproximada del hecho : :	DIA	MES	AÑO																													
DIA	MES	AÑO																																
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td></tr> </table>						<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																								
<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 Nº 12398681)</b> M411 : (En estudio) ESCOLIOSIS IDIOPATICA JUVENIL M624 : (En estudio) CONTRACTURA MUSCULAR																																		
<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.																																		
<b>Categorización Cierre Atención</b> C5																																		
<b>Anamnesis e historia clínica</b> ANTECEDENTES PERSONALES: - ALERGIA A MEDICAMENTOS: -  EA: PACIENTE QUIEN REFIERE: DOLOR EN REGION DORSAL CON IRRADIACION A HIPOCONDRIOSO IZQUIERDO MOTIVO POR EL CUAL ACUDE AL EXAMEN FÍSICO LUCE EN BCG EUPNEICO AFEBRIL CP: TÓRAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE MP + SIN AGREGADOS // RR2T NS ABDOMEN: NO IMPRESIONA DOLOROSO RHS + NEUROLÓGICO: GLASGOW 15 /15 SE EVIDENCI ASIMETRÍA DE ALTURA DE ESCAPULAS // ACTITUD ESCOLIOTICA																																		
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> CSV EXAMEN FÍSICO  **AMERITA REPOSO MEDICO POR 4 DIAS**																																		
<b>Indicaciones al alta</b> IBUPROFENO 400 MG CADA 8 H POR 3 DIAS **DERIVO A POLICLINICO PARA GESTION DE RX COLUMNA TOTAL PARA DESCARTAR ESCOLIOSIS** SE EXPLICAN MEDIDAS GENERALES EN CASO QUE NO MEJORE SINTOMA: OLOGÍA ACUDIR SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA SE INDICAN RECOMENDACIONES PERTINENTES ACUDIR EN CASO DE EMERGENCIA																																		
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12398681)</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.