



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12398681

50B

ADMISION: 25/08/2022 17:01		INICIO DE ATENCION: 25/08/2022 17:54		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: JOSEFA CATTALINA PALMA CARRILLO		RUT: 23812735-3		TELEFONO: 61378316 (CELULAR)							
DIRECCION: CALLE PASAJE 5 NORTE N° 1015, TEMUCO		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 10 años 8 meses 24 días (01/12/2011)				PREVISION: FONASA - A							
SIGNOS VITALES											
Hora :	25/08/2022 17:18										
Temperatura Axilar:	37.4 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	93 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	97 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	SI - NO	SI - NO									
Motivo de Consulta MAJORE REFIERE DOLOR ABDOMINAL Y LUMBALGIA (5 DIAS)											
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											
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							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<table border="1"><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td colspan="3"></td></tr></table>		Hora aproximada del hecho					
Hora aproximada del hecho											
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública		<input type="checkbox"/> Arma de Fuego									
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Explosión									
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor									
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frío									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro									
<input type="checkbox"/> Agresión sexual											
<input type="checkbox"/> Otro											
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° 12398681)											
M411 : (En estudio) ESCOLIOSIS IDIOPATICA JUVENIL											
M624 : (En estudio) CONTRACTURA MUSCULAR											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda											
C5											
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											
Anamnesis e historia clínica											
ANTECEDENTES PERSONALES: -											
ALERGIA A MEDICAMENTOS:-											
EA: PACIENTE QUIEN REFIERE: DOLOR EN REGION DORSAL CON IRRADIACION A HIPOCONDRIO IZQUIERDO											
MOTIVO POR EL CUAL ACUDE											
AL EXAMEN FISICO LUCE EN BCG EUPNEICO AFEBRIL											
CP: TÓRAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE MP + SIN AGREGADOS // RR2T NS											
ABDOMEN: NO IMPRESIONA DOLOROSO RHS +											
NEUROLÓGICO: GLASGOW 15 /15											
SE EVIDENCIA ASIMETRÍA DE ALTURA DE ESCAPULAS // ACTITUD ESCOLIOTICA											
Procedimientos e indicaciones en box											
CSV											
EXAMEN FISICO											
AMERITA REPOSO MEDICO POR 4 DIAS											
Indicaciones al alta											
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											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12398681)											
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.