



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 14329950

ADMISSION: 15/04/2024 18:24		INICIO DE ATENCION: 15/04/2024 21:41		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: AYLEEN FLORENCIA HUENCHUNQUEN CARILAF		RUT: 24114978 - 1		TELEFONO: 83854364 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE CENTENARIO N° 901, PUEBLO NUEVO		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - B	
EDAD: 11 años 5 meses 1 días (14/11/2012)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta	
Hora:	15/04/2024 18:25	15/04/2024 18:56	CEFALEA, FIEBRE	
Temperatura Axilar:	37.2 [°C]		Observaciones Categorización CEFALEA, FIEBRE	
Temperatura Rectal:				
Presión Sistólica:				
Presión Diastólica:				
Frecuencia Cardíaca:	112 [x]		Funcionario Que Atiende <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrán(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
Frecuencia Respiratoria:				
Saturometría:	97 [%]		Tipo de Consulta : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA	
Latidos Cardio - Fetales:				
Hemoglotest:			Origen de la Procedencia DOMICILIO Otros Datos * NINGUNO	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA		
Dolor, EVA:				
Distresado:	NO	SI - NO		

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"/> 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		<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			
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° 14329950)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda	
H608 : OTRAS OTITIS EXTERNAS J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)		C5	
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención	
AM: NIEGA RAM/ALERGIA (-) CUADRO DE 2 DIAS DE CEFALEA, RINORREA, CONGESTION NASAL, TOS CON EXPECTORACION SIN APREMIO RESPIRATORIO. SENSACIÓN FEBRIL, MIALGIAS, OTALGIA BILATERAL Y SALIDA DE SECRECIÓN EX. FISICO: VOR. MUCOSAS HUMEDAS BIEN PERFUNDIDA FARINGE ERITEMATOSA, CONGESTIVA. SIN PLACAS DE PUS CARDIOPULMONAR NORMAL OTOSCOPIA: SECRECIÓN PURULENTA EN AMBOS CANALES AUDITIVOS, NO LOGRO VER TIMPANOS.		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente	
		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.	
Indicaciones al alta		Categorización Cierre Atención	
- REPOSO MEDICO EN CASA POR 3 DIAS - ABUNDANTE LIQUIDO - AMOXICILINA (500 MG) 1 CAPSULA C/8 HRS POR 7 DIAS - IBUPROFENO 1 COMP C/8 HRS POR 3 DIAS - LORATADINA 1 COMP DIA POR 5 DIAS - RECONSULTAR CON MEDICO SOS		C5	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14329950)			
NATALY PEÑA MUÑOZ MEDICO APS 18873149-K			

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 provisional, 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.