

6-A



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 14329950

ADMISION: 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		TELÉFONO: 83854364 (CELULAR)																																																	
DIRECCION: CALLE CENTENARIO N° 901, PUEBLO NUEVO COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																																	
EDAD: 11 años 5 meses 1 dias (14/11/2012)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - B																																																	
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>15/04/2024 18:25</td> <td>15/04/2024 18:56</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td colspan="2">37.2 [°C]</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardiaca:</td> <td colspan="2">112 [x]</td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td colspan="2">97 [%]</td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Hemoglucotest:</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Estado de Conciencia (AVDI):</td> <td>ALERTA</td> <td>ALERTA</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>NO</td> <td>SI - NO</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>						Hora :	15/04/2024 18:25	15/04/2024 18:56	Temperatura Axilar:	37.2 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	112 [x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	97 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA				Dolor, EVA:						Distresado:	NO	SI - NO			
Hora :	15/04/2024 18:25	15/04/2024 18:56																																																			
Temperatura Axilar:	37.2 [°C]																																																				
Temperatura Rectal:																																																					
Presión Sistólica:																																																					
Presión Diastólica:																																																					
Frecuencia Cardiaca:	112 [x]																																																				
Frecuencia Respiratoria:																																																					
Saturometría:	97 [%]																																																				
Latidos Cardio - Fetales:																																																					
Hemoglucotest:																																																					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA																																																			
Dolor, EVA:																																																					
Distresado:	NO	SI - NO																																																			
Motivo de Consulta CEFALEA, FIEBRE																																																					
Observaciones Categorización CEFALEA, FIEBRE																																																					
Funcionario Que Atiende <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																																																			
Origen de la Procedencia DOMICILIO																																																					
Otros Datos * NINGUNO																																																					
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td colspan="3">Fecha Aproximada del Hecho</td> </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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro </td> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3">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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho : :																																		
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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA	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 Nº 14329950) H608 : OTRAS OTITIS EXTERNAS J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)																																																					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C5																																																					
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																																					
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.																																																					
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C5																																																					
Procedimientos e indicaciones en box																																																					
Indicaciones al alta <ul style="list-style-type: none"> - 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 																																																					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 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 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.