

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 14515411

II^oA

ADMISION: 05/06/2024 18:51	INICIO DE ATENCION: 05/06/2024 20:25	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS						
NOMBRE: CATALINA FERNANADA AROS TENORIO RUT : 22506586 - 1		TELEFONO: Sin información						
DIRECCION: PUERTO TRANQUILO 2185 PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):						
COMUNA: TEMUCO DECLARADO:		SEXO (GÉNERO): MUJER						
EDAD: 16 años 8 meses 14 dias (22/09/2007)		(FEMENINO) PREVISION: FONASA - B						
SÍGNOS VITALES								
Hora :	05/06/2024 18:59							
Temperatura Axilar:	36,2 [9C]							
Temperatura Rectal:								
Presión Sistólica:	124 [mmHg]							
Presión Diastólica:	66 [mmHg]							
Frecuencia Cardiaca:	83 ['x]							
Frecuencia Respiratoria:								
Saturometria:	97 [%]							
Latidos Cardio - Fetales:								
Hemoglucotest:								
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I						
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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corte-puntante <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>ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Hora aproximada del hecho :	DIA	MES	ANO			
DIA	MES	ANO						
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 14515411) 3039 : AMIGDALITIS AGUDA								
Anamnesis e historia clínica		Resultado aplicación protocolo selector de demanda						
PACIENTE SIN ANTECEDENTE MÓRBIDO CONSULTA POR ODINOFAGIA DESDE HACE 3 DIAS ASOCIADO A FIEBRE Y CEFALEA EF A FEBRIL FARINGE CONGESTIVA CON EXUDADO PURULENTO EN AMBAS AMIGDALAS, RESTO NORMAL		CS						
Procedimientos e indicaciones en box		Condición del paciente al cierre de atención						
		<input checked="" type="checkbox"/> Vívio <input type="checkbox"/> Fallecido						
Indicaciones al alta		Destino Inmediato del Paciente						
METAMIZOL 1 AMP IM CLORFENAMINA 1 AMP IM REPOSO 3 DIAS REGIMEN LIVIANO + HIDRATACIÓN AMOXICILINA 500 MG CADA 8 HORAS POR 7 DIAS PARACETAMOL 500 MG CADA 8 HORAS POR 3 DIAS IBUPROFENO TAB 400 MG CADA 8 HORAS POR 3 DIAS CONTROL EN POLI SOS CONTROL URGENCIA SOS		CS						
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14515411)		Categorización Cierre Atención						
DAWINS CHOUL CHOUL MEDICO APS 26656951-3		CS						

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.