



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 12018260

II B

ADMISION: 20/04/2022 17:43	INICIO DE ATENCION: 20/04/2022 19:17	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS						
NOMBRE: CATALINA IGNACIA REYES PAISIL	RUT: 21762662 - 5	TELEFONO: 94797124 (CELULAR)						
DIRECCION: CALPUCURA N°402, DPTO 203 TORRE 4,	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 17 años 2 meses 23 días (28/01/2005)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - B (PRAIS)						
SIGNOS VITALES								
Hora :	20/04/2022 17:45							
Temperatura Axilar:	36.1 [°C]							
Temperatura Rectal:								
Presión Sistólica:								
Presión Diastólica:								
Frecuencia Cardíaca:	93 [x]							
Frecuencia Respiratoria:								
Saturimetría:	97 [%]							
Latidos Cardio - Fetales:								
Hemoglucotest:								
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I						
Dolor, EVA:								
Distresado:	SI - NO	SI - NO						
Motivo de Consulta TOS, DOLOR DE GARGANTA, CONGESTION NASAL, CEFALEA DESDE EL LUNES (PCTE CESFAM VILLA ALEGRE)								
Funcionario Que Atiende								
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL							
<input type="checkbox"/> Odontólogo								
<input type="checkbox"/> Matron(a)	Atención Manifestación Social: NO							
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA							
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico								
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo								
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"/> Frio							
<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° 12018260)								
J00X : (En estudio) RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)								
U07.2 : SOSPECHA DE CORONAVIRUS (COVID-19)								
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								
ENF CRO (-)								
ALERGIAS (-)								
PACIENTE HACE TRES DIAS CON MALESTAR GENERAL, MIALGIAS, SENSACIÓN FEBRIL, ODINOFAGIA Y TOS SECA.								
MP+ SRA								
FARINGE CONGESTIVA SIN PLACAS DE PUS								
Procedimientos e indicaciones en box								
SE HA NOTIFICADO CORRECTAMENTE AL PACIENTE: CATALINA IGNACIA REYES								
N°FOLIO: 25219636								
Indicaciones al alta								
REPOSO RELATIVO POR 3 DIAS EN CASA								
RÉGIMEN LIVIANO + HIDRATACIÓN								
PARACETAMOL 500MG 2 COMP CADA 8 HORAS VO POR 3 DIAS								
IBUPROFENO 400 MG 1 C/8H VO X 3D								
CLORFENAMINA 4M CADA 12 HRS X 3D								
PREDNISONA 5MG 1 X 24 X 3D								
CONTROL EN CONSULTORIO EN CASO DE PERSISTIR SÍNTOMAS								
CONSULTAR URGENCIAS SOS (SE EDUCA)								
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12018260)								
ZURILMA DEL CARMEN HOLMQUIST BETANCOURT								
MEDICO APS								
26547063-7								

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 provisorio, 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.