

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12681311

S A

ADMISION: 14/11/2022 19:54	INICIO DE ATENCION: 14/11/2022 23:44	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: AMAYA ELUNAY BARRA TEILLIER	RUT: 23759198 - 4	TELÉFONO: 84166913 (CELULAR)	
DIRECCION: FREIRE 906 SECTOR CENTRO	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 11 años 1 meses 15 dias (30/09/2011)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - B	
SIGNS VITALES			
Hora : 14/11/2022 20:05	Temperatura Axilar: 36.2 [°C]		
Temperatura Rectal:			
Presión Sistólica:			
Presión Diastólica:			
Frecuencia Cardiaca: 90 ['x]			
Frecuencia Respiratoria:			
Saturometría: 99 [%]			
Latidos Cardio - Fetales:			
Hemoglucotest:			
Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA	A - V - D - I		
Dolor, EVA:			
Distresado: SI - NO	SI - NO		
Motivo de Consulta REF ODINOFAGIA MIALGIA TOS CON FLEMAS CONGESTION NASAL (DESDE EL MIERCOLES)			
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

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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-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"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO			
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 N° 12681311)
300X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Condición del paciente al cierre de atención

Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
 Sin control

Categorización Cierre Atención

C5

Procedimientos e indicaciones en box

Indicaciones al alta

- 1) RÉGIMEN LIVIANO + LÍQUIDOS ABUNDANTES Y CÍTRICOS
- 2) REPOSO RELATIVO EN CASA POR 7 DIAS
- 3) SALBUTAMOL INHALADOR: 2 PUFF CADA 6 HORAS POR 5 DIAS.
- 4) PARACETAMOL 500 MG TOMAR UN COMPRIMIDOS CADA 8 HORAS POR 5 DIAS LUEGO SOLOS SI HAY MALESTAR GENERAL.
- 5) RIGOTAX-D CAPS: TOMAR UNA CAPS CADA 12 HORAS POR 5 DIAS. (COMPRAR).
- 6) CUIDADO PERSONAL, USO CORRECTO DE MASCARILLA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL Y MANTENER ESPACIOS VENTILADOS.
- 7) CONTROL EN SERVICIO DE URGENCIAS, SI APARECE COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL, DOLOR TORÁCICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR.

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12681311)

JOHALIVE MARIA BOSCAN FERRER
 MEDICO ABO
 126851380-9

R.U.T.: 200000000000000

RECIBIDA EN PACHANGA