



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 12680496

ge

ADMISION: 14/11/2022 17:40		INICIO DE ATENCION: 14/11/2022 18:54		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: JOYCE ISIDORA ROA LOYOLA		RUT: 22844253 - 4		TELEFONO: 77319004 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE VILUMILLA # 2175 DEPTO D S/N		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 14 años 1 meses 4 dias (10/10/2008)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - D	
SIGNS VITALES					
Hora :	14/11/2022 18:11				
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardiaca:	142 ['x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	97 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	SI - 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"/> 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 12680496) B349 : VIROSIOS					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C2					
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 C2					
Procedimientos e indicaciones en box CSV EXAMEN FÍSICO					
Indicaciones al alta ACREDITO REPOSO EN DOMICILIO DESDE 14 DE NOVIEMBRE HASTA 19 DE NOVIEMBRE 2022 PRESENTAR ESTE DOCUMENTO (VÁLIDO COMO CERTIFICADO MÉDICO) HIDRATACION ABUNDANTE CONTROL DE TEMPERATURA DICLOFENACO 50 MG C/8 HORAS X 3 DÍAS LORATADINA 10 MG C/12 HORAS X 5 DÍAS EN CASO DE PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS, CONTROL EN POLICLÍNICO (LUNES-VIERNES 7:00 A 16:00 HRS) CONTROL EN URGENCIAS SOS (SOLO EN CASO DE SÍNTOMAS DE ALARMA, SE EXPLICA)					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12680496)					