

16.12



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 14383047

ADMISSION: 30/04/2024 18:12		INICIO DE ATENCION: 30/04/2024 20:30		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: CONSTANZA SOFIA NAMONCURA VELASQUEZ		RUT: 22380331 - 8	TELEFONO: 38699407 (CELULAR)		
DIRECCION: AVENIDA VALPARAISO N° 291, BLOCK: CERRO BARON, DEPTO.: 609, SANTA ROSA TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 17 años 0 meses 10 días (20/04/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A		

SIGNOS VITALES		
Hora:	30/04/2024 18:35	
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	92 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturimetría:	99 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Motivo de Consulta	
REF. TOS, SENSACION FEBRIL, DOLOR DE CABEZA, ESCALOFRIOS.	
Observaciones Categorización	
REF. TOS, SENSACION FEBRIL, DOLOR DE CABEZA, ESCALOFRIOS.	
Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	ADULTO
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO
<input type="checkbox"/> Matron(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	Origen de la Procedencia
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	DOMICILIO
	Otros Datos
	* NINGUNO

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora 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"/> 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	<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				<table border="1"> <tr> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td>:</td> </tr> </table>	Hora aproximada del hecho	:
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° 14383047)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda
J209 : BRONQUITIS AGUDA		C5
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención
APP: ASMA RAM. NO ACUDE A URGENCIA ACOMPAÑADA DE SU MADRE POR REFERIR CUADRO DE TOS CON EXPECTORACION, RINOREA, CONGESTION NASAL Y ESCALOFRIOS DE APARICION BRUSCA . EF. AFEBRIL, RR2TSS, MP+ CON SIBILANCIAS BIBASALES, NO SE OBSERVA CIANOSIS PERIORAL VIGIL Y ESTABLE.		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente
		Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta		Categorización Cierre Atención
REPOSO X 5 DIAS SALBUTANMOL+AEROCAMARA 2 PUFF CADA 6HX 5D AMOXICILINA 500 MG CADA 8HX 7 D PREDNISONA 20 MG CADA 24H X5 IBUPROFENO 40 MG CADA 8H X3D URGENCIA SOS		C5
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14383047)		
KERBY ELBEAU MEDICO APS 26655972-0 RUT: 78.655.872-0 ROM: 51230-6		

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.