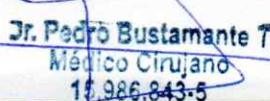


## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12648103

5º A

ADMISION: 06/11/2022 17:14		INICIO DE ATENCION: 06/11/2022 17:30		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																								
NOMBRE: FLORENCIA NAIDA SALAZAR VENEGAS		RUT: 23831756 - 8	TELÉFONO: 99778961 (CELULAR)																																									
DIRECCION: HUADA 945		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																									
EDAD: 10 años 10 meses 10 dias (27/12/2011)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A (PRAIS)																																									
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>06/11/2022 17:20</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>37.9 [°C]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardiaca:</td> <td>130 ['x]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>98 [%]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglucotest:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estado de Conciencia (AVDI):</td> <td>ALERTA</td> <td>A - V - D - I</td> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>SI - NO</td> <td>SI - NO</td> </tr> </table>						Hora :	06/11/2022 17:20		Temperatura Axilar:	37.9 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	130 ['x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	98 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	SI - NO	SI - NO
Hora :	06/11/2022 17:20																																											
Temperatura Axilar:	37.9 [°C]																																											
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:																																												
Presión Diastólica:																																												
Frecuencia Cardiaca:	130 ['x]																																											
Frecuencia Respiratoria:																																												
Saturometría:	98 [%]																																											
Latidos Cardio - Fetales:																																												
Hemoglucotest:																																												
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																										
Dolor, EVA:																																												
Distresado:	SI - NO	SI - NO																																										
<b>Motivo de Consulta</b> REF TOS MIALGIA CONGESTION NASAL ( 1 SEMANA )																																												
<b>Funcionario Que Atiende</b> <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td> <td colspan="2">Tipo de Consulta : INFANTIL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td> <td colspan="2">Atención Manifestación Social: NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td> <td colspan="2">Tipo de Paciente: NO APLICA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL		<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO		<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA		<input type="checkbox"/> Enfermero(a)			<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																							
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																																											
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																											
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																																											
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																												
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																												
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																												
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																																												
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																																												
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>																																												
<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b> :			DIA	MES	AÑO																																				
DIA	MES	AÑO																																										
<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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td> </tr> </table>			<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																																		
<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																																												
<b>Diagnóstico (DAU Nº 12648103)</b> <b>J060 : LARINGOFARINGITIS AGUDA</b>																																												
				<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4																																								
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																												
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab.																																												
<b>Categorización Cierre Atención</b> C5																																												
<b>Indicaciones al alta</b> EDUCACIÓN AL PACIENTE EN SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA ALIMENTACIÓN LIVIANA/ FRACCIONADA/ SIN IRRITANTES INGERIR ABUNDANTES LÍQUIDOS VENTILACIÓN DE ESPACIOS CONSTANTE Y FRECUENTEMENTE LAVADO DE MANOS FRECUENTE PREVENIR / EVITAR EL CONTAGIO DE INFECCIONES EVITAR ESFUERZOS DE LA VOZ NO COMPARTIR UTENSILIOS COMO PLATOS, CEPILLOS, VASOS, ETC. PARACETAMOL 500 MG 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS SOS SI T <sup>o</sup> ≥ 37.8°C, MÁXIMO CADA 6 HORAS DICLOFENACO 50 MG 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS SOS (2º LÍNEA) CLORFENAMINA 4 MG 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS PREDNISONA 20 MG 2 X DIA X 3 DÍAS, LUEGO 1 X DIA X 2 DÍAS AMOXICILINA 500MG 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS X 7 DÍAS IMPORTANTE: DE PRESENTAR SIGNOS/SÍNTOMATOLOGÍA DE ALARMA LLAMAR A SALUD RESPONDE: 600-360-7777 PARA MEJOR ORIENTACIÓN O ACUDIR A SERVICIO DE SALUD MÁS CERCANO EN CASO DE SIGNOS/SÍNTOMAS DE ALARMA ACUDIR A POLICLÍNICO SI REQUIERE MEJOR EVALUACIÓN Y MANEJO																																												
*** REPOSO EN CASA DESDE EL 07 AL 11 DE NOVIEMBRE ***																																												
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12648103)</b>  <b>PEDRO BUSTAMANTE TORRES</b> MEDICO APS 15986843-5																																												

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.