



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 14940841

HB
20B
✓

ADMISSION: 19/10/2024 10:32		INICIO DE ATENCION: 19/10/2024 10:38		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: SOFIA ISIDORA LADO OLAVE		RUT: 25404923 - 9		TELEFONO: 79092747 (CELULAR)	
DIRECCION: LOS NOPALES 3530 - PARQUE DON ROSAURO, COMUNA: TEMUCO- CHILE TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 8 años 4 meses 12 días (07/06/2016)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - D	
SIGNOS VITALES					
Hora:		19/10/2024 10:33		Motivo de Consulta	
Temperatura Axilar:		36.4 [°C]		REFIERE OTALGIA, NAUSEAS (3 DIAS)	
Temperatura Rectal:				Observaciones Categorización	
Presión Sistólica:				REFIERE OTALGIA, NAUSEAS, TOS, CONGESTION NASAL (3 DIAS)	
Presión Diastólica:				Funcionario Que Atiende	
Frecuencia Cardíaca:		78 [x]		<input checked="" type="checkbox"/> Médico	
Frecuencia Respiratoria:				<input type="checkbox"/> Odontólogo	
Saturometría:		99 [%]		<input type="checkbox"/> Matron(a)	
Latidos Cardio - Fetales:				<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	
Hemoglucotest:				<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA A - V - D - I		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
Dolor, EVA:				Tipo de Consulta : INFANTIL	
Distresado:		NO SI - NO		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"/> Contundente		DIA	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		MES	
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante		AÑO	
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante		Hora aproximada del hecho	
<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					
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio					
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto					
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción					
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami					
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° 14940841)					
H651 : OTRA OTITIS MEDIA AGUDA, NO SUPURATIVA					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda					
C5					
Anamnesis e historia clínica					
ANTECEDENTES PERSONALES:- ALERGIA A MEDICAMENTOS: -					
INICIO DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: 3 EA: PACIENTE QUIEN MADRE REFIERE: OTALGIA - CEFALEA - NAUSEAS - MOTIVO POR EL CUAL ACUDE					
AL EXAMEN FÍSICO LUCE ESTABLE - EN BUENAS CONDICIONES					
ORL: FARINGE CONGESTIVA SIN EXUDADO / SE EVIDENCIA MEMBRANA TIMPÁNICA IZQUIERDA ABOMBADA CON ERITEMA Y CONTENIDO LÍQUIDO PURULENTO EN OÍDO MEDIO CP: TÓRAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE MP + SIN AGREGADOS / R2T NS NEUROLÓGICO: GLASGOW 15 /15					
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.					
Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.					
Categorización Cierre Atención					
C5					
Procedimientos e indicaciones en box					
CSV PESO:32KG ---AMERITA REPOSO POR 7 DIAS---					
Indicaciones al alta					
IBUPROFENO 8 CC C/8H X 3D PREDNISONA 5 MG DIARIOS POR 5 DIAS AMOLEX 10 CC C/12 H POR 7 DIAS LORATADINA 10MG DIARIOS POR NOCHE - 5 DIAS ABUNDANTES LÍQUIDOS CONTROL EN SU CESFAM POR POLICLÍNICO DE PERSISTIR SÍNTOMAS SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14940841)					
ELIANA CAROLINA PEREIRA LISBOA MEDICO APS 26752151-4					

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.