



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 14256936

K^e

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------------------------|--|---|--|--|--|--|------------------------------------|-----------------------------|--|---------------------------------------|--|--|---|--|--|--------------------------------------|--|--|
| ADMISION: 24/03/2024 15:28 | | INICIO DE ATENCION: 24/03/2024 16:18 | | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE: MARIÁN ANDREA INZUNZA CASTILLO | | RUT : | 26709660 - 0 | TELEFONO: | 82270497 (CELULAR) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIRECCION: CALLE CHACABUCO N° STA ROSA N° 885, COMUNA: TEMUCO | | PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: | NINGUNO | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDAD: 5 años 1 meses 7 dias (17/02/2019) | | SEXO (GÉNERO): | MUJER (FEMENINO) | PREVISION: | FONASA - A | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNS VITALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hora : | 24/03/2024 15:29 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Temperatura Axilar: | 36.5 [°C] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presión Sistólica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presión Diastólica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frecuencia Cardiaca: | 112 ['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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Motivo de Consulta TOS CON FLEMAS CONGESTION NASAL</p> <p>Observaciones Categorización TOS CON FLEMAS CONGESTION NASAL</p> <p>Funcionario Que Atiende</p> <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> <p>Origen de la Procedencia DOMICILIO</p> <p>Otros Datos * NINGUNO</p> | | | | | | <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> 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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro | DIA | MES | AÑO | Hora aproximada del hecho : | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</p> <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Diagnóstico (DAU N° 14256936) JO68 : FARINGOAMIGDALITIS</p> <p>Anamnesis e historia clínica APP. TEA RAM.NO CUADRO DE TOS , CONGESTION NASAL DE 2DIAS DE EVOLUCION DE APARICION BRUSCA SEGUN REFIERE SU PADRE. EF. AFEBRIL, FARINGE CONGESTIVA , AMIGDALAS INFLAMADAS CON EXUDADOS VIGIL</p> <p>Procedimientos e indicaciones en box</p> <p>Indicaciones al alta HIDRATACION AMOXICILINA 500/5ML 5 CC CADA 8XH7D IBUPROFENO 200/5ML 5 CC CADA 8HX3D URGENCIA SOS POLICLINICO SOS</p> <p>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14256936) <i>Dr. Kerby Elbeau</i> MÉDICO General RUT: 20.613.971-0 RMN: 51234-E</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>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.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |