

A<sup>a</sup> A

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 15031954

A<sup>a</sup> A ✓

ADMISSION: 13/11/2024 17:41		INICIO DE ATENCION: 13/11/2024 19:22		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: JULIETA INARA INZUNZA CASTILLO		RUT: 25788282 - 9	TELEFONO: 98227049 (CELULAR)		
DIRECCION: CHACABUCO 885		PUEBLO ORIGINARIO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - B	
EDAD: 7 años 5 meses 12 días (01/06/2017)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

  

<b>SIGNOS VITALES</b>			<b>Motivo de Consulta</b>		
Hora:	13/11/2024 18:00		REF, TOS CON FLEMAS, MOCOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA, 4 DIAS.		
Temperatura Axilar:	37 [°C]		<b>Observaciones Categorización</b>		
Temperatura Rectal:			REF, TOS CON FLEMAS, MOCOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA, 4 DIAS.		
Presión Sistólica:			<b>Funcionario Que Atiende</b>		
Presión Diastólica:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico		
Frecuencia Cardíaca:	84 [x]		Tipo de Consulta: INFANTIL		
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):	A - V - D - I	A - V - D - I	<input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Dolor, EVA:			Atención Manifestación Social: NO		
Distresado:	SI - NO	SI - NO	Tipo de Paciente: NO APLICA		
			<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>	<b>Hora aproximada del hecho</b>						
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO					
DIA	MES	AÑO								
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante									
<input type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública	<input type="checkbox"/> Arma de Fuego									
<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Explosión	<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>								
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones								
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frío	<input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)								
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)								
<input type="checkbox"/> Agresión sexual		<input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)								
<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios								
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio										
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto										
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción										
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami										

  

<b>Diagnóstico (DAU N° 15031954)</b>		<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>
J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA		CS
<b>Anamnesis e historia clínica</b>		<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>
ANTECEDENTES PERSONALES: TEA		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo
ALERGIA A MEDICAMENTOS: -		<input type="checkbox"/> Fallecido
INICIO DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: 48 H		<b>Destino Inmediato del Paciente</b>
EA: PACIENTE QUIEN PADRE REFIERE: CONGESTIÓN NASAL // ODINOFAGIA // MIALGIAS // TOS - MOTIVO POR EL CUAL ACUDE		Alta domicilio
AL EXAMEN FÍSICO LUCE ESTABLE - EN BUENAS CONDICIONES		Con indicación de tratamiento en su estab.
ORL: FARINGE CONGESTIVA SIN EXUDADO / RINORREA HIALINA ANTERIOR / AMIGDALAS HIPERTROFICAS SIN EXUDADO PURULENTO		Destino:
CP: TÓRAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE MP + SIN AGREGADOS // RR2T NS		Fecha de Indicación Sin
		Hospitalización: Información.
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>		<b>Categorización Cierre Atención</b>
CSV		CS
PESO: 19 KG		
AMERITA REPOSO POR 5 DIAS		
<b>Indicaciones al alta</b>		
IBUPROFENO 5 CC C/8H X 3D		
LEVOCETIRIZINA 5 CC DIARIOS POR 10 DIAS - JAB 5MG /5ML-		
MMETASONA 1 PUFF POR NOCHE POR 30 DIAS		
ABUNDANTES LÍQUIDOS		
CONTROL EN SU CESFAM POR POLICLÍNICO DE PERSISTIR SÍNTOMAS		
SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA		
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15031954)</b>		
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.