

1<sup>er</sup> A

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 15031954

1<sup>er</sup> A ✓

ADMISION: 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 COMUNA: TEMUCO EDAD: 7 años 5 meses 12 dias (01/06/2017)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																								
		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION:	FONASA - B																																							
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>13/11/2024 18:00</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>37 [OC]</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>84 [x]</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Saturometria:</td><td>99 [%]</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>A - V - D - I</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 :	13/11/2024 18:00		Temperatura Axilar:	37 [OC]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	84 [x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometria:	99 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	SI - NO	SI - NO
Hora :	13/11/2024 18:00																																											
Temperatura Axilar:	37 [OC]																																											
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:																																												
Presión Diastólica:																																												
Frecuencia Cardiaca:	84 [x]																																											
Frecuencia Respiratoria:																																												
Saturometria:	99 [%]																																											
Latidos Cardio - Fetales:																																												
Hemoglucotest:																																												
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I																																										
Dolor, EVA:																																												
Distresado:	SI - NO	SI - NO																																										
<b>Motivo de Consulta</b> REF, TOS CON FLEMAS, MOCOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA, 4 DIAS.																																												
<b>Observaciones Categorización</b> REF, TOS CON FLEMAS, MOCOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA, 4 DTAS.																																												
<b>Funcionario Que Atiende</b> <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																												
<b>Tipo de Consulta :</b> INFANTIL <b>Atención Manifestación Social:</b> NO <b>Tipo de Paciente:</b> NO APLICA																																												
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																																												
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																																												
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> </tr> <tr> <td> <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         </td> <td> <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         </td> <td> <table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b>  :  </td> </tr> </table>						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"/> 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	<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b> :	DIA	MES	AÑO																														
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"/> 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	<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b> :	DIA	MES	AÑO																																							
DIA	MES	AÑO																																										
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <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 15031954)</b> <b>J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA</b>																																												
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C5																																												
<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. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.																																												
<b>Categorización Cierre Atención</b> C5																																												
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> CSV 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 Nº 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.