

5<sup>to</sup> B

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 15031950

SIP ✓

ADMISION: 13/11/2024 17:40		INICIO DE ATENCION: 13/11/2024 19:19		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																								
NOMBRE: HELENA AMANDA INZUNZA CASTILLO		RUT :	24569839 - 9	TELÉFONO:	77628868 (CELULAR)																																							
DIRECCION: CALLE CHACABUCO 885 S/N COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																								
EDAD: 10 años 7 meses 26 dias (18/03/2014)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A																																							
<b>SÍGNOS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>13/11/2024 17:56</td><td></td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.8 [°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 Cardíaca:</td><td>115 [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>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 17:56		Temperatura Axilar:	36.8 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardíaca:	115 [x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometría:	98 [%]		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 17:56																																											
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]																																											
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:																																												
Presión Diastólica:																																												
Frecuencia Cardíaca:	115 [x]																																											
Frecuencia Respiratoria:																																												
Saturometría:	98 [%]																																											
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, 4 DIAS.																																												
<b>Observaciones Categorización</b> REF, TOS CON FLEMAS, MOCOS, 4 DIAS.																																												
<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> <td><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td><b>Elemento Causante</b></td> <td><b>Fecha Aproximada del Hecho</b></td> </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"/> Punzante  <input type="checkbox"/> Corte-punzante  <input type="checkbox"/> Arma de Fuego  <input type="checkbox"/> Explosión  <input type="checkbox"/> Calor  <input type="checkbox"/> Frio  <input type="checkbox"/> Otro         </td> <td> <table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b>  :  </td> </tr> </table>						<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>	<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"/> Corte-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b> :	DIA	MES	AÑO																														
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>																																										
<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"/> Corte-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></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 15031950)</b> <b>J111 : GRIPE CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO</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: 38.800 KG																																												
AMERITA REPOSO POR 5 DIAS DESDE EL LUNES 11/11/2024																																												
<b>Indicaciones al alta</b> PARACETAMOL 1 COMP C/8H SI HAY FIEBRE IBUPROFENO 400 MG (1 COMP) C/8H X 3D PREDNISONA 5 MG DIARIOS POR 5 DIAS CLORFENAMINA 4 MG DIARIOS POR NOCHE - 3 DIAS ABUNDANTES LIQUIDOS CONTROL EN SU CESFAM POR POLICLÍNICO DE PERSISTIR SÍNTOMAS SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA																																												
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15031950)</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.