

5^{to} B

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 15031950

519
✓

| | | | | | | | | | | | |
|--|------------------|---|--------------|---|--------------------|----------------------------------|-----|-----|---|--|--|
| ADMISSION: 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 | TELEFONO: | 77628868 (CELULAR) | | | | | | |
| DIRECCION: CALLE CHACABUCO 885 S/N | | PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO | | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | | | | | | | |
| COMUNA: TEMUCO | | DECLARADO: | | PREVISION: FONASA - A | | | | | | | |
| EDAD: 10 años 7 meses 26 días (18/03/2014) | | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) | | | | | | | | | |
| SIGNOS VITALES | | | | | | | | | | | |
| hora : | 13/11/2024 17:56 | | | | | | | | | | |
| Temperatura Axilar: | 36.8 [°C] | | | | | | | | | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | | | | | | | |
| Presión Sistólica: | | | | | | | | | | | |
| Presión Diastólica: | | | | | | | | | | | |
| Frecuencia Cardíaca: | 115 [x] | | | | | | | | | | |
| Frecuencia Respiratoria: | | | | | | | | | | | |
| Saturimetría: | 98 [%] | | | | | | | | | | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | | | | | | | | | | |
| Hemoglucotest: | | | | | | | | | | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | A - V - D - I | A - V - D - I | | | | | | | | | |
| Dolor, EVA: | | | | | | | | | | | |
| Distresado: | SI - NO | SI - NO | | | | | | | | | |
| Motivo de Consulta | | REF, TOS CON FLEMAS, MOCOS, 4 DIAS. | | | | | | | | | |
| Observaciones Categorización | | REF, TOS CON FLEMAS, MOCOS, 4 DIAS. | | | | | | | | | |
| Funcionario Que Atiende | | Tipo de Consulta : INFANTIL | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médico | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Odontólogo | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Matron(a) | | Atención Manifestación Social: NO | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermero(a) | | Tipo de Paciente: NO APLICA | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico | | Origen de la Procedencia | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Kinesiólogo | | 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 | | <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 | | <table border="1"><tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="3">:</td></tr></table> | | Hora aproximada del hecho | | | : | | |
| Hora aproximada del hecho | | | | | | | | | | | |
| : | | | | | | | | | | | |
| <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 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Riña | | <input type="checkbox"/> Calor | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar | | <input type="checkbox"/> Frío | | | | | | | | | |
| <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 | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico (DAU N° 15031950) | | | | | | | | | | | |
| J111 : GRIPE CON MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO | | | | | | | | | | | |
| Resultado aplicación protocolo selector de demanda | | | | | | | | | | | |
| C5 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| Anamnesis e historia clínica | | | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTES PERSONALES:- | | | | | | | | | | | |
| ALERGIA A MEDICAMENTOS:- | | | | | | | | | | | |
| INICIO DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: 3 | | | | | | | | | | | |
| EA: PACIENTE QUIEN PADRE REFIERE: CONGESTIÓN NASAL // ODINOFAGIA // MIALGIAS // TOS - MOTIVO POR EL CUAL ACUDE | | | | | | | | | | | |
| AL EXAMEN FÍSICO LUCE ESTABLE - EN BUENAS CONDICIONES | | | | | | | | | | | |
| ORL: FARINGE CONGESTIVA SIN EXUDADO * RINORREA HIALINA ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| CP: TÓRAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE MP + SIN AGREGADOS // RR2T NS | | | | | | | | | | | |
| Procedimientos e indicaciones en box | | | | | | | | | | | |
| CSV | | | | | | | | | | | |
| PESO: 38.800 KG | | | | | | | | | | | |
| AMERITA REPOSO POR 5 DIAS DESDE EL LUNES 11/11/2024 | | | | | | | | | | | |
| Indicaciones al alta | | | | | | | | | | | |
| 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 LÍQUIDOS | | | | | | | | | | | |
| CONTROL EN SU CESFAM POR POLICLÍNICO DE PERSISTIR SÍNTOMAS | | | | | | | | | | | |
| SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA | | | | | | | | | | | |
| Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15031950) | | | | | | | | | | | |
| 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.