



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 14910512

BB

ADMISION: 10/10/2024 22:13		INICIO DE ATENCION: 10/10/2024 23:03		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: MARTINA PAZ DELFINA VERONICA GARCIA SERRANO		RUT:	23113788 - 2	TELEFONO:	85561103 (CELULAR)				
DIRECCION: CALLE RECREO N° 95, CAMPOS DEPORTIVO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
COMUNA: TEMUCO		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A				
SIGNS VITALES									
Hora :	10/10/2024 22:15								
Temperatura Axilar:	37.5 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	93 [x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Satunometría:	99 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I							
Dolor, EVA:									
Distresado:	SI - NO	SI - NO							
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				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table> Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones <input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días) <input checked="" type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días) <input type="checkbox"/> Grave (30 días o más) <input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios									:
			:						
Diagnóstico (DAU N° 14910512) R51X : CEFALEA									
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5									
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido									
Procedimientos e indicaciones en box DICLOFENACO 1 AMP IM									
Indicaciones al alta REPOSO POR 3 DIAS PARACETAMOL 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS IBUPROFENO 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS CONTROL AL POLI									
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información									
Categorización Cierre Atención C5									
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14910512) VLADIMYR DECEIDE DECEIDE MEDICO APS 26864778-3									

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.