



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 14887397

7A

ADMISION: 04/10/2024 20:22		INICIO DE ATENCION: 04/10/2024 22:13		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS													
NOMBRE: MIA ANDREA BELTRAN JIMENEZ		RUT:	23661168 - K	TELEFONO:	64504033 (CELULAR)												
DIRECCION: CALLE MARTIN ALONQUEO 1395 B , TEMUCO- COMUNA: CHILE S/N TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):													
EDAD: 13 años 4 meses 14 dias (20/05/2011)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A												
<b>SIGNS VITALES</b>																	
Hora :	04/10/2024 20:23																
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]																
Temperatura Rectal:																	
Presión Sistólica:																	
Presión Diastólica:																	
Frecuencia Cardiaca:	70 [']x																
Frecuencia Respiratoria:																	
Saturometria:	99 [%]																
Latidos Cardio - Fetales:																	
Hemoglobocrit:																	
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I		A - V - D - I														
Dolor, EVA:																	
Distresos:	SI - NO	SI - NO															
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <b>Motivo de Consulta</b>            OTALGIA ODINOFAGIA TOS 3 DIAS         </div> <div style="width: 45%;"> <b>Observaciones Categorización</b>            MOTIVO DE CONSULTA            OTALGIA ODINOFAGIA TOS 3 DIAS         </div> </div>																	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <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         </div> <div style="width: 45%;"> <b>Tipo de Consulta</b> : INFANTIL              Atención Manifestación Social: NO            Tipo de Paciente: NO APLICA         </div> </div>																	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <b>Origen de la Procedencia</b>            DOMICILIO         </div> <div style="width: 45%;"> <b>Otros Datos</b>            * NINGUNO         </div> </div>																	
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">Naturaleza del Hecho</th> <th style="width: 30%;">Elemento Causante</th> <th style="width: 40%;">Fecha Aproximada del Hecho</th> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <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 style="vertical-align: top;"> <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         </td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33.33%;">DIA</th> <th style="width: 33.33%;">MES</th> <th style="width: 33.33%;">AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Hora aproximada del hecho</span> <span>:</span> </div> </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"/> 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33.33%;">DIA</th> <th style="width: 33.33%;">MES</th> <th style="width: 33.33%;">AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Hora aproximada del hecho</span> <span>:</span> </div>	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"/> 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33.33%;">DIA</th> <th style="width: 33.33%;">MES</th> <th style="width: 33.33%;">AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Hora aproximada del hecho</span> <span>:</span> </div>	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 14887397)</b> <b>J00X : (En estudio) RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)</b>																	
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">C5</div>																	
<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 Sin control Destino: Fecha de: Sin Indicación: Información. Hospitalización:																	
<b>Categorización Cierre Atención</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">C5</div>																	
<b>Indicaciones al alta</b> REPOSO EN CASA POR 3 DIAS ABUNDANTE LÍQUIDO PARACETAMOL 500MG DAR 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS, LUEGO SOS DOLOR O T° > 38°C IBUPROFENO 400MG DAR 1 COMP CADA 8 HRS POR 5 DIAS LORATADINA 10MG 1 COMP A DIA POR 5 DIAS BRONTEC 35MG/ 5 ML DAR 5ML CADA 8 HRS POR 5 DIAS ( COMPRARLA EN FARMACIA ) EDUCO SÍNTOMAS DE ALARMA, ACUDIR SOS																	
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14887397)</b>  MICHELLE DAZA ROMAY MEDICO APS 25682808-1																	

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.