



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 14887397

7A ✓

ADMISSION: 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-CHILE S/N TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 13 años 4 meses 14 días (20/05/2011)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A		

  

<b>SIGNOS VITALES</b>			<b>Motivo de Consulta</b>		
Hora:	04/10/2024 20:23		OTALGIA ODINOFAGIA TOS 3 DIAS		
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]		<b>Observaciones Categorización</b>		
Temperatura Rectal:			MOTIVO DE CONSULTA		
Presión Sistólica:			OTALGIA ODINOFAGIA TOS 3 DIAS		
Presión Diastólica:			<b>Funcionario Que Atiende</b>		
Frecuencia Cardíaca:	70 [x]		<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrán(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Frecuencia Respiratoria:			Tipo de Consulta: INFANTIL		
Saturometría:	99 [%]		Atención Manifestación Social: NO		
Latidos Cardio - Fetales:			Tipo de Paciente: NO APLICA		
Hemoglucotest:			<b>Origen de la Procedencia</b>		
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I	DOMICILIO		
Dolor, EVA:			<b>Otros Datos</b>		
Distresado:	SI - NO	SI - NO	* NINGUNO		

  

**EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES**

<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>			<b>Hora aproximada del hecho</b>
		DIA	MES	AÑO	
<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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<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 N° 14887397)</b>		<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>
J00X : (En estudio) RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)		C5
<b>Anamnesis e historia clínica</b>		<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>
AM: NO RAM: NO PESO:45 ACUDE CON PADRE QUIEN REFIERE CUADRO DE 2 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR TOS, ODINOFAGIA, CEFALEA, NIEGA FIEBRE REACTIVA, ACTIVA A ESTIMULOS EXTERNOS, SIN ASPECTO SÉPTICO, HIDRATADA, AFEBRIL, SIN RETRACCIÓN/CIANOSIS, FARINGE ERITEMATOSA SIN EXUDADO, CAES PERMEABLES MTS INDEMNES SIN ERITEMAS, NO PALPO ADENOPATÍAS, RRZT S/S MP + SRA ABD RHA + BDT BLUMBERG -, S. MENÍNGEOS (-)		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>		<b>Destino Inmediato del Paciente</b>
		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
<b>Indicaciones al alta</b>		<b>Categorización Cierre Atención</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 ( COMPRARA EN FARMACIA ) EDUCO SINTOMAS DE ALARMA, ACUDIR SOS		C5
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 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.