

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 16139773

TOB

| | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------------|----|--|--|---|
| ADMISION: 20/10/2025 19:58 | | INICIO DE ATENCION: 20/10/2025 23:02 | | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS | | | | | |
| NOMBRE: ISIDORA FERNANDA GUZMAN ROBLES | | RUT : | 23063270 - 7 | TELEFONO: | 64114453 (CELULAR) | | | | |
| DIRECCION: FUNDO SAN GERONIMO CAMINO A FREIRE COMUNA: PARCELA 4 VILLARRICA | | PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: | NINGUNO | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | | | | | |
| EDAD: 16 años 3 meses 18 dias (02/07/2009) | | SEXO (GÉNERO): | MUJER (FEMENINA) | PREVISION: | FONASA - D | | | | |
| SIGNS VITALES | | | | | | | | | |
| Hora : | 20/10/2025 20:33 | | | | | | | | |
| Temperatura Axilar: | 36.3 [°C] | | | | | | | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | | | | | |
| Presión Sistólica: | 126 [mmHg] | | | | | | | | |
| Presión Diastólica: | 86 [mmHg] | | | | | | | | |
| Frecuencia Cardíaca: | 94 ['x] | | | | | | | | |
| Frecuencia Respiratoria: | | | | | | | | | |
| Saturometría: | 98 [%] | | | | | | | | |
| Latidos Cardíaco - Fetales: | | | | | | | | | |
| Hemoglucotest: | | | | | | | | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | A - V - D - I | | | | | | | |
| Dolor, EVA: | | | | | | | | | |
| Distresado: | 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"/> VVS <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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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 type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días) <input type="checkbox"/> Grave (30 días o más) <input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios | | | | | | | | | |
| Diagnóstico (DAU Nº 16139773) | | | | | | | | | |
| 0000 : ASMA BRONQUIAL | | | | | | | | | |
| Resultado aplicación protocolo selector de demanda | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>C5</td> </tr> </table> | | | | | | C5 | | | |
| C5 | | | | | | | | | |
| Condición del paciente al cierre de atención | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | | | | | | | | | |
| Destino Inmediato del Paciente | | | | | | | | | |
| Alta domicilio Con control en estab. origen (CESFAM u Hospital) | | | | | | | | | |
| Control polyclínico | | | | | | | | | |
| Patología: Aguda Establecimiento: CESFAM AMANECER (CESFAM) | | | | | | | | | |
| Destino: Sin Información. Fecha de Indicación: _____ Hospitalización: _____ | | | | | | | | | |
| Categorización Cierre Atención | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>C5</td> </tr> </table> | | | | | | C5 | | | |
| C5 | | | | | | | | | |
| Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16139773) | | | | | | | | | |
|  ZAIDE LAMILLA CANALES MEDICO APS 8901743-2 | | | | | | | | | |

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.