



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12589847

ADMISION: 23/10/2022 09:14 INICIO DE ATENCION: 23/10/2022 09:31 MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS

NOMBRE: JOSEFA CATTALINA PALMA CARRILLO RUT: 23812765 - 3 TELEFONO: 61378316 (CELULAR)

DIRECCION: CALLE PASAJE 5 NORTE N° 1015, TEMUCO PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):

EDAD: 10 años 10 meses 22 días (01/12/2011) SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) PREVISION: FONASA - A

SIGNOS VITALES

Hora :	23/10/2022 09:22	
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	98 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	106 [%]	
Latidos Cardíaco - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Motivo de Consulta

ODINOFAGIA, MIALGIA, CEFALEA, DOLOR DE BRAZO POST VACUNA

Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico
☐ Odontólogo
☐ Matron(a)
☐ Enfermero(a)
☐ Técnico Paramédico
☐ Kinesiólogo

Tipo de Consulta : INFANTIL

Atención Manifestación Social: NO
Tipo de Paciente: NO APLICA

Origen de la Procedencia

DOMICILIO

Otros Datos

* NINGUNO

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho

- ☐ Accidente de tránsito
☐ Accidente laboral
☐ Accidente escolar
☐ Accidente doméstico
☐ Accidente en la vía pública
☐ Agresión
☐ Riña
☐ Violencia intrafamiliar
☐ Mordedura de perro
☐ Agresión sexual
☐ Otro

Elemento Causante

- ☐ Contundente
☐ Cortante
☐ Punzante
☐ Corto-punzante
☐ Arma de Fuego
☐ Explosión
☐ Calor
☐ Frío
☐ Otro

Fecha Aproximada del Hecho

DIA	MES	AÑO

Hora aproximada del hecho

:

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

- ☐ Paciente sin lesiones
☐ Leve (0 - 14 días)
☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)
☐ Grave (30 días o más)
☐ Se requieren exámenes complementarios

Diagnóstico (DAU N° 12589847)

J069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA
T880 : REACCION ADVERSA A LA VACUNA

Anamnesis e historia clínica

ANTECEDENTES PERSONALES: -
ALERGIA A MEDICAMENTOS: -
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS: CONTACTO CON PACIENTE COVID19+: NIEGA
ESQUEMA DE VACUNAS: C
INICIO DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: 22/10/2022
EA: PACIENTE QUIEN REFIERE: FIEBRE // ODINOFAGIA // MIALGIAS // POSTERIOR A PLICACION DE VACUNA
MOTIVO POR EL CUAL ACUDE
AL EXAMEN FÍSICO LUCE EN BCG EUPNEICO AFEBRIL
ORL: FARINGE CONGESTIVA SIN EXUDADO
CP: TÓRAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE MP + SIN AGREGADOS // RR2T NS
ABDOMEN: NO IMPRESIONA DOLOROSO RHS +
NEUROLÓGICO: GLASGOW 15 / 15

Procedimientos e indicaciones en box

CSV

***AMERITA REPOSO POR 5 DÍAS **

Indicaciones al alta

PARACETAMOL 500 MG CADA 8 H POR 3 DÍAS
IBUPROFENO 400 MG CADA 8 H POR 3 DÍAS
CLORFENAMINA 4 MG CADA 12 H POR 3 DÍAS
MOMETASONA 1 PUFF CADA 12 H POR 10 DÍAS
SE EXPLICAN MEDIDAS GENERALES
EN CASO QUE NO MEJORE SINTOMATOLOGÍA ACUDIR
SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA
SE INDICAN RECOMENDACIONES PERTINENTES
ACUDIR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12589847)

ELIANA CAROLINA PEREIRA LISBOA
MEDICO APS
26752151-4

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Con indicación de tratamiento en su estab.

Categorización Cierre Atención

C5