



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

5º B

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 DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):						
EDAD: 10 años 10 meses 22 dias (01/12/2011)		SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A						
SÍGNOS VITIALES									
Hora :	23/10/2022 09:22								
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	98 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría:	106 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	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"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corte-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <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 12589847)									
3069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA T880 : REACCION ADVERSAS A LA VACUNA									
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 type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido									
Destino Inmediato del Paciente									
Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab.									
Categorización Cierre Atención									
<table border="1"> <tr> <td>C5</td> </tr> </table>						C5			
C5									
Procedimientos e indicaciones en box									
CSV									
***AMERITA REPOSO POR 5 DIAS **									
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 Nº 12589847)									
ELIANA CAROLINA PEREIRA LISBOA MEDICO APS 26752151-4									

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.

.ADA