



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 14383413

ADMISION: 30/04/2024 19:30		INICIO DE ATENCION: 30/04/2024 19:37		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: FLORENCIA EMILIA GACITUA MONSALVE		RUT: 24245224 - 0	TELEFONO: 40860786 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE PIRCUNCHE 01450		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:	PREVISION: FONASA - D		
EDAD: 11 años 0 meses 18 días (12/04/2013)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora :	30/04/2024 19:34		REF. TOS, FIEBRE 38 °C		
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]		Observaciones Categorización		
Temperatura Rectal:			REF. TOS, FIEBRE 38 °C		
Presión Sistólica:			Funcionario Que Atiende		
Presión Diastólica:			<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		
Frecuencia Cardíaca:	85 [x]		Tipo de Consulta : INFANTIL		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saturometría:	99 [%]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Latidos Cardio - Fetales:			Origen de la Procedencia		
Hemogluco test:			DOMICILIO		
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I	Otros Datos		
Dolor, EVA:			* NINGUNO		
Distresado:	SI - NO	SI - NO			

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora 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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; text-align: center;">:</td> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> </table>		:	
DÍA	MES	AÑO										
	:											

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 N° 14383413)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda
J209 : BRONQUITIS AGUDA		C5
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención
APP: ASMA EN TX RAM.NO ACUDE A URGENCIA CON SU MADRE POR CUADRO DE TOS CON EXPECTORACION, RINORREA, CEFALEA , DECAIMIENTO Y DOLOR TORACICO AL TOSER . EF: AFBERIL, FARINGE HIPEREMICA, RR2TS, MP+ CON SIBILANCIAS BIBASALES PROLONGADAS VIGIL Y ESTABLE		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente
		Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta		Categorización Cierre Atención
REPOSO X 5 DIAS HIDRATACION MANTENER LOS INHALADORES DE CRONICO AMOXICILINA 500 MG CADA 8HX 7D PREDNISONA 20 MG CADA 24H X5D URGENCIA SOS POLICLINICO SOS		C5
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14383413)		
KERBY ELBEAU . MEDICO APS 26655972-0		

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.