

4ef.



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU SANTA ROSA

NUMERO DE ATENCION: 14744747

ADMISION: 25/08/2024 19:51		INICIO DE ATENCION: 25/08/2024 20:59		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: MARIA JESUS IGNACIA ALVAREZ VASQUEZ		RUT : 24921781 - 6		TELEFONO: 57653222 (CELULAR)					
DIRECCION: RIO BAKER 941 V DON JOAQUIN		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
COMUNA: TEMUCO		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A					
EDAD: 9 años 5 meses 21 dias (04/03/2015)									
SIGNS VITALES									
Hora :	25/08/2024 20:54								
Temperatura Axilar:	37.4 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	119 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría:	96 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I							
Dolor, EVA:									
Distresado:	SI - NO	SI - NO							
Motivo de Consulta REF, SENSACION FEBRIL, ODINOFAGIA, 1 SEMANA TERMINA TRATAMIENTO DE ANTIBIOTICO. (PCT PUEBLO NUEVO).									
Observaciones Categorización REF, SENSACION FEBRIL, ODINOFAGIA, 1 SEMANA TERMINA TRATAMIENTO DE ANTIBIOTICO. (PCT PUEBLO NUEVO).									
Funcionario Que Atiende									
<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									
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	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"/> 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 N° 14744747)									
J060 : LARINGOFARINGITIS AGUDA									
Resultado aplicación protocolo selector de demanda									
C5									
Condición del paciente al cierre de atención									
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido									
Destino Inmediato del Paciente									
Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.									
Categorización Cierre Atención									
C4									
Indicaciones al alta									
REPOSO POR 5 DIAS LIQUIDO ABUNDANTE ASEO NASAL FRECUENTE PARACETAMOL 500 MG: 1 COMP C/8HR SI FIEBRE > 38.5°C O MALESTAR GENERAL. (9) CLORFENAMINA 4 MG: 1 COMP AL DIA (NOCHE) POR 5 DIAS IBUPROFENO 400MG: 1COMP C/8HR SOS DOLOR INTENSO O FIEBRE QUE NO CEDE CON PARACETAMOL. (9) AMOXICILINA + AC CLAVULANICO 1 COMP CADA 12 HORAS POR 7 DIAS (14) CONTROL EN CONSULTORIO SI SÍNTOMAS PERSISTEN ACUDIR URGENCIA SOS. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA									
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14744747)									
MIRNA MARIELETHS SOTO FRANCO MEDICO APS 27104227-2									

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.