



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU VILLA ALEGRE

NUMERO DE ATENCION: 14385802

J-4-A

ADMISION: 01/05/2024 15:17		INICIO DE ATENCION: 01/05/2024 17:12		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: ISIDORA PAZ OJEDA CANTERO		RUT :	25780259 - 0	TELEFONO:	78932946 (CELULAR)				
DIRECCION: RIOQUINO 660 COMUNA: TEMUCO EDAD: 6 años 11 meses 8 dias (23/05/2017)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - B				
<b>SIGNOS VITALES</b>									
Hora :	01/05/2024 15:45								
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	108 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría:	98 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor, EVA:									
Distresado:	NO	SI - NO							
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>									
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>							
<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 checked="" 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"/> 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>									:
			:						
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>									
<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									
<b>Diagnóstico (DAU Nº 14385802)</b>									
J029 : FARINGITIS AGUDA									
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> <table border="1"> <tr> <td>C5</td> </tr> </table>						C5			
C5									
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido									
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.									
<b>Categorización Cierre Atención</b> <table border="1"> <tr> <td>C5</td> </tr> </table>						C5			
C5									
<b>Indicaciones al alta</b> CEFADROXILO: 9 ML CADA 12 HRS POR 7 DIAS IBUPROFENO: 7.7 ML CADA 8 HRS SOS FIEBRE ABUNDANTES LIQUIDOS REPOSO EN DOMICILIO POR 5 DIAS SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES ACUDIR A URGENCIAS SOS									
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14385802)</b>  JOSE JUAN MONTSERRAT PEREZ MEDICO APS 27143411-1									