

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15993421

ADMISION: 08/09/2025 18:35		INICIO DE ATENCION: 08/09/2025 20:30		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: LUCIA AGUSTINA GUTIERREZ STONE		RUT :	25719275 - K	TELEFONO:	71762311 (CELULAR)																												
DIRECCION: CALLE 7 NORTE 1335 COMUNA: TEMUCO EDAD: 8 años 5 meses 11 dias (28/03/2017)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO):	NINGUNO MUJER (FEMENINA)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION:	CONGESTION NASAL FONASA - B																												
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>08/09/2025 18:36</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.7 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>96 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>95 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	08/09/2025 18:36	Temperatura Axilar:	36.7 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	96 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	95 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:		Distresado:	NO		SI - NO
Hora :	08/09/2025 18:36																																
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:																																	
Presión Diastólica:																																	
Frecuencia Cardiaca:	96 ['x]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometría:	95 [%]																																
Latidos Cardio - Fetales:																																	
Hemoglucotest:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																																
Dolor, EVA:																																	
Distresado:	NO																																
	SI - NO																																
Motivo de Consulta MADRE REF TOS SECA , HACE 4 DIAS ANT RINITIS																																	
Observaciones Categorización MADRE REF TOS SECA , HACE 4 DIAS CONGESTION NASAL ANT RINITIS																																	
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 <table border="1"> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td> <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"/> VVS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami </td> <td> <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 </td> <td> <table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> <td>:</td> </tr> </table>						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"/> VVS <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"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				:														
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"/> VVS <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"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				:																								
DIA	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 Nº 15993421) JO40 : (En estudio) LARINGITIS 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 Hospitalización: Sin Información.																																	
Categorización Cierre Atención C4																																	
Procedimientos e indicaciones en box METAMIZOL (1/2 AMP) IM + BETAMETASONA IM																																	
Indicaciones al alta REPOSO EN DOMICILIO DESDE EL 08/09/25 HASTA EL 12/09/25 HIDRATACIÓN ABUNDANTE CLARITROMICINA (5ML/12H, X 7 DIAS) IBUPROFENO (5ML/8H X 4 DIAS SOS DOLOR O FIEBRE) PREDNISONA (5ML/12H X 3 DIAS) SALBUTAMOL (2 PUFF/6H X 6 DIAS SOS SENS AHOGO) RUPATADINA (SOS SINTOMAS ALERGICOS, RECETA PARTICULAR) ACUDIR A URGENCIAS EN CASO DE SIGNOS DE ALARMA																																	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15993421) GONZALO SALGADO DOMINGUEZ MEDICO APS 16010654-9																																	