

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12692604

5B

ADMISION: 17/11/2022 17:18		INICIO DE ATENCION: 17/11/2022 17:28		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: JOSEFA CATTALINA PALMA CARRILLO		RUT: 23812765 - 3	TELÉFONO: 61378316 (CELULAR)						
DIRECCION: PASAJE 5 NORTE N 1015, TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):						
EDAD: 10 años 11 meses 16 dias (01/12/2011)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A						
<b>SIGNS VITALES</b>									
Hora :	17/11/2022 17:19								
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	89 [x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría:	99 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I							
Dolor, EVA:									
Distresado:	SI - 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 type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Rifa <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"/> Contante <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	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>				
<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 N° 12692604)</b>									
<b>JO0X : RINITIS</b> <b>H612 : TAPON CERUMEN</b>									
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>									
<table border="1"> <tr> <td>CS</td> </tr> </table>						CS			
CS									
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>									
<table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Vivo</td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Vivo			
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo									
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fallecido</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Fallecido			
<input type="checkbox"/> Fallecido									
<b>Destino Inmediato del Paciente</b>									
Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab.									
<b>Categorización Cierre Atención</b>									
<table border="1"> <tr> <td>CS</td> </tr> </table>						CS			
CS									
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>									
<b>PESO : 33 KGS</b>  <b>**AMERITA REPOSO POR 4 DIAS **</b>									
<b>Indicaciones al alta</b>									
<b>MOMETASONA 1 PUFF CADA FOSA NASAL CADA 12 H POR 10 DIAS // LUEGO UNA VEZ POR NOCHE DE MANTENCION</b> <b>SALBUTAMOL 2 PUFF CDA 6 H POR 5 DIAS</b> <b>IBUPROFENO 8 CC CADA 8 H POR 3 DIAS</b> <b>OTOCLEAR 2 GOTAS DOS VECES AL DIA POR 10 DIAS</b> <b>**DERIVO A PROCEDIMIENTO PARA ASEO OTICO **</b> <b>SE EXPLICAN MEDIDAS GENERALES</b> <b>EN CASO QUE NO MEJORE SINTOMATOLOGÍA ACUDIR</b> <b>SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA</b> <b>SE INDICAN RECOMENDACIONES PERTINENTES</b> <b>ACUDIR EN CASO DE EMERGENCIA</b>									
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12692604)</b>									
<b>RECEITA DESPACHADA</b>									
<b>ELIANA CAROLINA PEREIRA LISBOA</b> <b>MEDICO APS</b> <b>26752151-4</b>									

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.