

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

29.

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12532316

ADMISION: 06/10/2022 17:34		INICIO DE ATENCION: 06/10/2022 18:40		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: JOSEFA ANTONIA CRISTINA MARTINEZ SALAZAR		RUT: 24650115 - 7	TELEFONO: 31145624 (CELULAR)		
DIRECCION: ORELLA 0689		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 8 años 3 meses 21 dias (15/06/2014)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A	
SIGNS VITALES					
Hora :	06/10/2022 18:18				
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardiaca:	97 ['x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometria:	99 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	SI - NO	SI - NO			
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 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"/> 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 :
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 12532316)					
J209 : TRAQUEOBRONQUITIS J00X : (En estudio) RINITIS					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> CS					
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido					
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab.					
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> CS					
Procedimientos e indicaciones en box PESO_ 38.000 KG <i>Anemita reposo x 7días</i>					
Indicaciones al alta IBUPROFENO 400 MG CADA 8 H POR 3 DIAS LEVOCETIRIZINA 5 MG DIARIOS POR 30 DIAS POR NOCHE MOMETASONA 1 PUFF CADA FOSA NASAL X NOCHE POR 30 DIAS AMOXICILINA 8 CC CADA 12 H POR 7 DIAS SE EXPLICAN MEDIDAS GENERALES EN CASO QUE NO MEJORE SINTOMATOLOGÍA ACUDIR SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA SE INDICAN RECOMENDACIONES PERTINENTES ACUDIR EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12532316) ELIANA CAROLINA PEREIRA LISBOA MEDICO APS 26752151-4					

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.