



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12532316

ADMISSION: 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 días (15/06/2014)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A								
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Hora :		06/10/2022 18:18									
Temperatura Axilar:		36.6 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:		97 [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>Motivo de Consulta</b> MADRE REFIERE DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOS MIXTA, CONGESTION NASAL ( 2 DIAS)											
<b>Funcionario Que Atiende</b>											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matron(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											
<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"/> Contundente		<table border="1"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="3">:</td></tr></table>		Hora aproximada del hecho			:		
Hora aproximada del hecho											
:											
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública		<input type="checkbox"/> Arma de Fuego									
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Explosión									
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor									
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frío									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro									
<input type="checkbox"/> Agresión sexual											
<input type="checkbox"/> Otro											
<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° 12532316)</b>											
J209 : TRAQUEOBRONQUITIS											
J00X : (En estudio) RINITIS											
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>											
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											
Con indicación de tratamiento en su estab.											
<b>Categorización Cierre Atención</b>											
C5											
<b>Anamnesis e historia clínica</b>											
ANTECEDENTES PERSONALES: RINITIS											
ALERGIA A MEDICAMENTOS: -											
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS: CONTACTO CON PACIENTE COVID19+: NIEGA											
ESQUEMA DE VACUNAS: C											
INICIO DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: + 2 SEMANAS											
EA: PACIENTE QUIEN REFIERE: // ODIONAFGIA // TOS SECA // DOLOR TORACICO											
MOTIVO POR EL CUAL ACUDE											
AL EXAMEN FÍSICO LUCE EN BCG EUPNEICO AFEBRIL											
ORL: FARINGE CONGESTIVA SIN EXUDADO // AMIGDALAS HIPERTROFICAS GRADO 3											
CP: TÓRAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE MP + ESTERTORES BILATERALES // RR2T NS											
ABDOMEN: NO IMPRESIONA DOLOROSO RHS +											
NEUROLÓGICO: GLASGOW 15 /15											
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>											
PESO_ 38.000 KG											
Amante Reposo x 7 días											
<b>Indicaciones al alta</b>											
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											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12532316)</b>											
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.