

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

40A

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 16233531

ADMISSION: 16/11/2025 19:31		INICIO DE ATENCION: 16/11/2025 20:26		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																														
NOMBRE: SOFIA ANTONIA CARRASCO ZAPATA		RUT :	25110336 - 4	TELEFONO:	62907315 (CELULAR)																																													
DIRECCION: CALLE 10 NORTE 01245 COMUNA: TEMUCO EDAD: 10 años 2 meses 11 dias (05/09/2015)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																														
		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - B																																													
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>16/11/2025 19:31</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>36.6 [°C]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardiaca:</td> <td>70 ['x]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>99 [%]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglucotest:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estado de Conciencia (AVDI):</td> <td>A - V - D - I</td> <td>A - V - D - I</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>SI - NO</td> <td>SI - NO</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Hora :	16/11/2025 19:31		Temperatura Axilar:	36.6 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	70 ['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		
Hora :	16/11/2025 19:31																																																	
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]																																																	
Temperatura Rectal:																																																		
Presión Sistólica:																																																		
Presión Diastólica:																																																		
Frecuencia Cardiaca:	70 ['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																																																
Motivo de Consulta CONGESTION TOS MIALGIA UNA SEMANA																																																		
Observaciones Categorización CONGESTION TOS MIALGIA UNA SEMANA																																																		
Funcionario Que Atiende <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td> <td colspan="3">Tipo de Consulta : INFANTIL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td> <td colspan="3">Atención Manifestación Social: NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td> <td colspan="3">Tipo de Paciente: NO APLICA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL			<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO			<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA			<input type="checkbox"/> Enfermero(a)				<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico				<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																								
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																																																	
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																																	
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																																																	
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																																		
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																																		
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																																		
Origen de la Procedencia DOMICILIO																																																		
Otros Datos * NINGUNO																																																		
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> <td>Hora aproximada del hecho</td> </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> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </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> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </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> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				:																																									
DIA	MES	AÑO																																																
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td> </tr> </table>						<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																																								
<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 N° 16233531) 100X : (En estudio) RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)																																																		
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> 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 Sin Hospitalización: Información.																																																		
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C5																																																		
Procedimientos e indicaciones en box																																																		
Indicaciones al alta <p>REPOSO EN CASA POR 3 DIAS MANTENER HIDRATACIÓN EVITAR CAMBIOS DE TEMPERATURA Y SOBREABRIGO. ASEO NASAL CON FISIOLIMP C/8HRS O SEGÚN NECESIDAD. PARACETAMOL 100MG GOTAS DAR GOTAS CADA 8 HRS SOS DOLOR O T° > 38°C IBUPROFENO 200MG/5ML DAR 9 ML CADA 8 HRS POR 3 DÍAS PARACETAMOL 500MG DAR 1 CADA 8 HRS SOS DOLOR O T° > 38°C LORATADINA 10MG DAR COMP DIA POR 5 DIAS BRONTEC 35MG/ 5 ML DAR 5 ML CADA 8 HRS POR 5 DÍAS EDUO SÍNTOMAS DE ALARMA, ACUDIR SOS</p>																																																		