

FPA



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 14681689

ADMISION: 06/08/2024 18:39		INICIO DE ATENCION: 06/08/2024 19:58		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																														
NOMBRE: AMARA BELEN ESPINOZA MUÑOZ		RUT : 23931380 - 9		TELEFONO: 52306945 (CELULAR)																														
DIRECCION: CALLE LOS POETAS N° 837 SAN RAMON COMUNA: PADRE LAS CASAS EDAD: 12 años 3 meses 13 dias (24/04/2012)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - B																														
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>06/08/2024 18:57</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>37.2 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>122 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>51 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>111 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometria:</td><td>97 [%]</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><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	06/08/2024 18:57	Temperatura Axilar:	37.2 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:	122 [mmHg]	Presión Diastólica:	51 [mmHg]	Frecuencia Cardiaca:	111 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometria:	97 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	06/08/2024 18:57																																	
Temperatura Axilar:	37.2 [°C]																																	
Temperatura Rectal:																																		
Presión Sistólica:	122 [mmHg]																																	
Presión Diastólica:	51 [mmHg]																																	
Frecuencia Cardiaca:	111 ['x]																																	
Frecuencia Respiratoria:																																		
Saturometria:	97 [%]																																	
Latidos Cardio - Fetales:																																		
Hemoglucotest:																																		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																
Dolor, EVA:																																		
Distresado:	NO	SI - NO																																
<b>Motivo de Consulta</b> MAMÁ VOMITOS, DOLOR DE ESTOMAGO DESDE AYER																																		
<b>Observaciones Categorización</b> MAMÁ VOMITOS, DOLOR DE ESTOMAGO DESDE AYER																																		
<b>Funcionario Que Atiende</b> <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		<b>Tipo de Consulta</b> : INFANTIL  Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA																																
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																																		
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																																		
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <td><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td><b>Elemento Causante</b></td> <td colspan="3"><b>Fecha Aproximada del Hecho</b></td> <td><b>Hora aproximada del hecho</b></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"/> Agresión sexual  <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><b>DIA</b></td> <td><b>MES</b></td> <td><b>AÑO</b></td> <td>:</td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> </tr> </table>						<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>			<b>Hora 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"/> Riña <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> Agresión sexual <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	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	:																	
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>			<b>Hora 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"/> Riña <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <input type="checkbox"/> Agresión sexual <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	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	:																													
<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° 14681689)</b> <b>A090 : GASTROENTERITIS AGUDA</b>																																		
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> <input type="checkbox"/> 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. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.																																		
<b>Categorización Cierre Atención</b> <input type="checkbox"/> C5																																		
<b>Indicaciones al alta</b> ATROFINA PAPAVERINA COMP 1 CADA 8 H POR 3 DIAS PARACETAMOL 1 CADA 6 H POR 3 DIAS SRO (90 MEQ) 1																																		
DIETA LIGERA NO LACTEOS, NO GRASAS, NO VERDURAS CRUDAS																																		
REPOSO X 4 DIAS																																		
CONTROL SI NO MEJORA																																		
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14681689)</b>																																		