

SB



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 12632471

ADMISSION: 02/11/2022 20:28		INICIO DE ATENCION: 02/11/2022 20:49		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: JOSEFINA CELESTE ESPINOZA CAYUNAO		RUT: 23960029 - 8	TELEFONO: 59497736 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE ACEVEDO Nº 175, POBLACION MEZA		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 10 años 5 meses 11 días (22/05/2012)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - B		

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta (R) MADRE REFIERE ODINOFAGIA , CEFALEA, MIALGIA , VOMITOS, EPISTAXIS DURANTE LA TARDE, FIEBRE, TOS SECA DESDE HACE 5 DIAS , 3 DOSIS VAC COVID Funcionario Que Atiende <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matró(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
Hora :	02/11/2022 20:29		
Temperatura Axilar:	38.3 [°C]		
Temperatura Rectal:			
Presión Sistólica:			
Presión Diastólica:			
Frecuencia Cardíaca:	130 [x]		
Frecuencia Respiratoria:			
Saturometría:	98 [%]		
Latidos Cardio - Fetales:			
Hemoglucotest:			
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	
Dolor EVA:			
Distresado:	NO	SI - NO	

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES			
Naturaleza del Hecho		Elemento Causante	
<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"/> 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	
Fecha Aproximada del Hecho		Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral	
DIA	MES	AÑO	<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 12632471) J029 : FARINGITIS AGUDA		Resultado aplicación protocolo selector de demanda <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">C4</div>
Anamnesis e historia clínica ACUDE POR TOS FIEBRE Y ODINOFAGIA NIEGA CONTACTO DE RIESGO NIEGA DISNEA EXAMEN FISICO OROFARINGE CONGESTIVA ARESP SIN ALTERACIONES APP NR APF NR RAM NR		Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box PESO 53 KG		Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control
Indicaciones al alta INDICO AHORA PARACETAMOL 1 CADA 8 POR 3 DIAS IBUPROFENO 1 CADA 8 POR 3 DIAS LORATADINA 10 MG 1 DIA POR 7 DIAS NOSCAPINA 5 ML CADA 8 POR 5 DIAS REPOSO EN CASA POR 5 DIAS		Categorización Cierre Atención <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">C5</div>
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12632471) OSMANI IGARZA VEGA MEDICO APS 24819640-8		

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.