

28

**FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA**

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12639736

ADMISION: 04/11/2022 17:06		INICIO DE ATENCION: 04/11/2022 19:47	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS						
NOMBRE: JOSEFA ANTONIA CRISTINA MARTINEZ SALAZAR	RUT:	24650115 - 7	TELEFONO:	53530648 (CELULAR)					
DIRECCION: CALLE BASCU?AN SANTA MARIA 0641 S/N	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):						
EDAD: 8 años 4 meses 20 dias (15/06/2014)	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A					
<b>SIGNS VITALES</b>									
Hora :	04/11/2022 17:16								
Temperatura Axilar:	36 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	102 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría:	98 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor, EVA:									
Distresado:	SI - NO	SI - NO							
<b>Motivo de Consulta</b> ODINOFAGIA, TOS 3 DIAS									
<b>Funcionario Que Atiende</b>									
<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									
<b>Origen de la Procedencia</b>									
DOMICILIO									
<b>Otros Datos</b>									
* 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"/> 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"/> Cartante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corte-puntante <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>Hora aproximada del hecho</b>				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table>									:
			:						
<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° 12639736)</b>					<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>				
<b>J304</b> : RINITIS ALERGICA <b>J00X</b> : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)					C5				
<b>Anamnesis e historia clínica</b>					<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>				
RAM (-) APP (RINITIS ALERGICA/ HIPERTROFIA ADENOAMIGDALIANA) DESDE HACE 3 DIAS PRESENTA EXACERBACION DE PRESENTA CORIZA SEROSA Y TOS IRRITATIVA A PREDOMINIO NOCTURNO, DURANTE EL SUEÑO O MIENTRAS ESTA EN DECUBITO SUPINO, CEFALAEA Y ALGIA TORÁCICA CON LOS GOLPES DE TOS. NIEGA FIEBRE, DISNEA, ANOSMIA, AGEUSIA, CONTACTO ESTRECHO CON PCTES COVID (+) U OTROS SIGNOS/ SÍNTOMAS DE ALARMA/ INTERÉS. AL EX, BCG, AFEBRIL, HIDRATACIÓN ADECUADA, BUENA PERFUSIÓN, RESPIRACIÓN EUPNEICA, ORF CONGESTIVA, ADENOPATIAS CERVICALES (-), TONSILAS PALATINAS HIPERTROFICAS, ERITEMATOSAS, MP (+)+, EXPANSIBILIDAD TORÁCICA CONSERVADA, RETRACCIÓN IC (-), RONCUS (-), SIBILANCIAS (-), CRÉPITOS (-), GW 15, CLOTE, PIRL, NO SIGNOS MENÍNGEOS, NO DEFECTO MOTOR.					<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido				
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>					<b>Destino Inmediato del Paciente</b>				
					Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab.				
<b>Indicaciones al alta</b>					<b>Categorización Cierre Atención</b>				
EDUCACIÓN AL PACIENTE EN SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA ALIMENTACIÓN LIVIANA/ FRACCIONADA/ SIN IRRITANTES INGERIR ABUNDANTES LÍQUIDOS VENTILACIÓN DE ESPACIOS CONSTANTE Y FRECUENTEMENTE LAVADO DE MANOS FRECUENTE PREVENIR / EVITAR EL CONTAGIO DE INFECCIONES NO COMPARTIR UTENSILIOS COMO PLATOS, CEPILLOS, VASOS, ETC. PARACETAMOL 500 MG 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS SOS SI T <sup>3</sup> ≥ 37.8°C, MÁXIMO CADA 6 HORAS IBUPROFENO 400 MG 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS SOS (2 <sup>o</sup> LÍNEA) CLORFENAMINA 4 MG 1/2 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS PREDNISONA 20 MG X DIA X 3 DÍAS IMPORTANTE: DE PRESENTAR SIGNOS/ SÍNTOMATOLOGÍA DE ALARMA LLAMAR A SALUD RESPONDE: 600-360-7777 PARA MEJOR ORIENTACIÓN O ACUDIR A SERVICIO DE SALUD MÁS CERCANO EN CASO DE SIGNOS/ SÍNTOMAS DE ALARMA ACUDIR A POLICLÍNICO SI REQUIERE MEJOR EVALUACIÓN Y MANEJO					C5				
*** REPOSO EN CASA DESDE EL 03 AL 07 DE NOVIEMBRE ***									
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12639736)</b>									
 Dr. Pedro Bustamante Médico Cirujano 15.868.43-5 15.868.343-5					 FARMACIAS CRUZ VERDE SPA Rut: 89.807.200-2 04 NOV. 2022 Rudecindo Ortega 1575 Temuco CH - 947				

**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.