



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 14805186

ADMISSION: 11/09/2024 19:03		INICIO DE ATENCION: 11/09/2024 20:38		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MAYRA CONSTANZA CATRIL FIGUEROA		RUT: 25611324 - 4	TELEFONO: 97065450 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE RIO MARAÑON 02736		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:	PREVISION:		
EDAD: 7 años 8 meses 20 días (22/12/2016)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	FONASA - D		

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora:	11/09/2024 19:06		FEBRIL, TOS, MUCOSIDAD		
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]		Observaciones Categorización		
Temperatura Rectal:			FEBRIL, TOS, MUCOSIDAD		
Presión Sistólica:			Funcionario Que Atiende		
Presión Diastólica:			<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		
Frecuencia Cardíaca:	111 [x]		Tipo de Consulta: INFANTIL		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saturometría:	98 [%]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Latidos Cardio - Fetales:			Origen de la Procedencia		
Hemoglucotest:			DOMICILIO		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Otros Datos		
Dolor, EVA:			* NINGUNO		
Distresado:	SI - NO	SI - NO			

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES											
Naturaleza del Hecho		Elemento Causante		Fecha 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"/> 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		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <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		DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO									
				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Hora aproximada del hecho					
Hora aproximada del hecho											

Diagnóstico (DAU N° 14805186)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda	
J209 : (En estudio) BRONQUITIS AGUDA		C5	
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención	
AM: NO RAM: NO PESO:28 ACUDE CON MADRE REFIERE CUADRO DE DÍAS DE 5 DÍAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR TOS PRODUCTIVA, ODINOFAGIA, CEFALIA, MIALGIA REACTIVA, ACTIVA A ESTÍMULOS EXTERNOS, SIN ASPECTO SÉPTICO, HIDRATADA, AFEBRIL, SIN RETRACCIÓN/CIANOSIS, FARINGE ERITEMATOSA SIN EXUDADO, CAES PERMEABLES MTS INDEMNES SIN ERITEMAS, NO PALPO ADENOPATÍAS, RR2T S/S MP + SE AUCULTAN RONCUS BILATERALES DISCRETOS BSALES ABD RHA + BDI BLUMBERG -, S. MENINGEOS (-)		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
Procedimientos e Indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente	
		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:	
Indicaciones al alta		Categorización Cierre Atención	
REPOSO EN CASA POR 5 DÍAS ABUNDANTE LÍQUIDO AMOXICILINA 500MG/5ML DAR 5 ML CADA 8 HRS POR 7 DÍAS PARACETAMOL 500MG DAR 3/4 CADA 8 HRS P SOS DOLOR O T° > 38°C IBUPROFENO 200MG/5ML DAR 7MLCADA 8 HRS POR 5 DÍAS LORATADINA 10 MG DAR 1/2 COMP AL DÍA POR 7 DÍAS PREDNISONA 20MG/5ML DAR 5ML EN LAS MAÑANAS POR 5 DÍAS SALBUTAMOL APLICAR 2 PUFF CADA 6 HRS POR 7 DÍAS CON AEROCAMARA ASEO NASAL CON FISIOLIMP INFANTIL, 2 PUFF CADA 8 HRS EN CADA FOSA NASAL POR 3 DÍAS (COMPRAR) BRONTEC 35MG/ 5 ML DAR ML CADA 8 HRS POR 5 DÍAS EDUCO SÍNTOMAS DE ALARMA, ACUDIR SOS		C5	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14805186)			
MICHELLE DAZA ROMAY MEDICO APS 25682808-1			

RECETA DESPACHADA

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.