



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 12514314

Z

ADMISSION: 01/10/2022 09:53		INICIO DE ATENCION: 01/10/2022 10:08		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: CATHALINA IGNACIA FAUNDEZ NAHUELÑIR		RUT: 24798582 - 4	TELEFONO: 64574712 (CELULAR)						
DIRECCION: C. NIAGARA KM 13 S. DANQUILCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PROCE						
EDAD: 7 años 10 meses 14 dias (17/11/2014)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - C						
SIGNS VITALES									
Hora :	01/10/2022 09:54								
Temperatura Axilar:	36 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	87 [x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometría:	99 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor EVA:									
Distresado:	NO	SI - NO							
Motivo de Consulta (R) 3 DOSIS VAC, TOS PRODUCTIVA, ODINOFAGIA, CONGESTION NASAL, CEFALEA.									
Funcionario Que Atiende									
<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									
Tipo de Consulta : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA									
Origen de la Procedencia									
DOMICILIO									
Otros Datos									
* NINGUNO									
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"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho				
<table border="1"> <tr> <td></td> <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									
Diagnóstico (DAU Nº 12514314)									
J019 : SINUSITIS AGUDA									
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 Con control en estab. origen (CESFAM u Hospital)									
Control polyclínico Patología: Aguda Establecimiento: CESFAM PADRE LAS CASAS (CESFAM)									
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C5									
Procedimientos e indicaciones en box <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">Dr. Dr. Diego A. Carrizo C. Médico Clínico Jefe RJL 01/10/2022</p>									
Indicaciones al alta PARACETAMOL 500MG 1/2 C/8H POR 5 DIAS CLORFENAMINA 4MG 1 C/12H POR 5 AMOXICILINA 500MG/5ML 7ML C/8H POR 7 DIAS ABUNDANTES LIQUIDOS REPOSO EN CASA DESDE 01/10 AL 07/10 EVITAR CAMBIOS DE TEMPERATURA, EMISIONES DE HUMO, CIGARRILLO CERCANO SI PERSISTE CON SINTOMAS Y LOS PADRES HACEN SINTOMAS DEBEN REALIZAR EXAMEN DE PCR COVID 19 PARA DESCARTAR									
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12514314)									