



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 14850776

111 B

ADMISION: 24/09/2024 17:12		INICIO DE ATENCION: 24/09/2024 18:31		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: YESSENIA MILLAHUAL CALFULAF		RUT :	22468770 - 2	TELEFONO:	78550183 (CELULAR)	
DIRECCION: CAM. NIAGARA KM 4 COMUNA: PADRE LAS CASAS		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 17 años 1 meses 19 dias (05/08/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION:	FONASA - A	
<b>SIGNS VITALES</b>						
Hora :	24/09/2024 17:18					
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]					
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:	118 [mmHg]					
Presión Diastólica:	66 [mmHg]					
Frecuencia Cardiaca:	91 ['x]					
Frecuencia Respiratoria:						
Saturometría:	98 [%]					
Latidos Cardio - Fetales:						
Hemoglucotest:						
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I				
Dolor, EVA:						
Distresado:	SI - NO	SI - NO				
<b>Motivo de Consulta</b>						
DOLOR DE PECHO DOLOR DE ESPALDA CEFALEA INICIO DE SÍNTOMAS DESDE HACE 8 DIAS NO CUENTA CON VACUNAS COVID						
<b>Observaciones Categorización</b>						
MOTIVO DE CONSULTA DOLOR DE PECHO DOLOR DE ESPALDA CEFALEA INICIO DE SÍNTOMAS DESDE HACE 8 DIAS NO CUENTA CON VACUNAS COVID						
<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						
Tipo de Consulta : ADULTO						
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>						
<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"/> 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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho	
						:
<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 Nº 14850776)</b>						
J209 : BRONQUITIS AGUDA						
<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 control en estab. origen (CESFAM u Hospital)						
<b>Control polyclínico</b>						
Patología: Aguda Establecimiento: CESFAM PADRE LAS CASAS (CESFAM)						
Destino: Fecha de Indicación: Sin Información. Hospitalización:						
<b>Categorización Cierre Atención</b>						
<input type="checkbox"/> C5						

Dra. Gladys Muñoz Aedo  
 M- 13.318.333-3  
 Médico Cirujano UPAE