



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

793

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12555740

ADMISION: 13/10/2022 17:27		INICIO DE ATENCION: 13/10/2022 20:03		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: FLORENCIA PASCALE BELMAR SUGG		RUT: 23257490 - 9	TELEFONO:	Sin información	
DIRECCION: CALLE MANUEL RODRIGUEZ N°1204		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
EDAD: 12 años 7 meses 19 dias (24/02/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION:		FONASA - A
<b>SIGNS VITALES</b>					
Hora :	13/10/2022 18:12				
Temperatura Axilar:	36 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardiaca:	87 ['x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	99 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucosel:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	NO	SI - NO			
<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"/> 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	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>
<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° 12555740)</b> <b>A084 : ENTEROVIROISIS</b>					
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> <b>C5</b>					
<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 indicación de tratamiento en su estab.					
<b>Categorización Cierre Atención</b> <b>C5</b>					
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> METOCLOPRAMIDA 1.5 CC IM VIADIL 1.5 CC IM  **AMERITA REPOSO POR 5 DIAS					
<b>Indicaciones al alta</b> DOLOSPAM 1 TAB CADA 8 H POR 3 DIAS FAMOTIDINA 40 MG CADA 12 H POR 3 DIAS SRO A TOLERANCIA IBUPROFENO 400 MG CADA 8 H POR 3 DIAS VIVERA 1 SOBRE CADA 12 H POR 4 DIAS SE EXPLICAN MEDIDAS GENERALES EN CASO QUE NO MEJORE SINTOMATOLOGÍA ACUDIR SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA SE INDICAN RECOMENDACIONES PERTINENTES ACUDIR EN CASO DE EMERGENCIA					
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12555740)</b>  ELIANA CAROLINA PEREIRA LISBOA MEDICO APS 26752151-4					

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.