



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

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 informacion | | | | | | | |
| DIRECCION: CALLE MANUEL RODRIGUEZ N°1204 | | PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: | | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | | | | | | | |
| EDAD: 12 años 7 meses 19 días (24/02/2010) | | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) | | PREVISION: FONASA - A | | | | | | | |
| SIGNOS VITALES | | | | | | | | | | | |
| Hora : | | 13/10/2022 18:12 | | | | | | | | | |
| Temperatura Axilar: | | 36 [°C] | | | | | | | | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | | | | | | | |
| Presión Sistólica: | | | | | | | | | | | |
| Presión Diastólica: | | | | | | | | | | | |
| Frecuencia Cardíaca: | | 87 [x] | | | | | | | | | |
| Frecuencia Respiratoria: | | | | | | | | | | | |
| Saturimetría: | | 99 [%] | | | | | | | | | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | | | | | | | | | | |
| Hemoglucotest: | | | | | | | | | | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | | ALERTA | | A - V - D - I | | | | | | | |
| Dolor, EVA: | | | | | | | | | | | |
| Distresado: | | NO | | SI - NO | | | | | | | |
| Motivo de Consulta DOLOR ABDOMINAL, CEFALEA, DOLOR LUMBAR, DOLOR DE PECHO | | | | | | | | | | | |
| Funcionario Que Atiende | | | | | | | | | | | |
| <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 | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Consulta : ADULTO | | | | | | | | | | | |
| 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"/> Contundente | | <table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | DIA | MES | AÑO | | | |
| DIA | MES | AÑO | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidente laboral | | <input type="checkbox"/> Cortante | | <table border="1"><tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="3">:</td></tr></table> | | Hora aproximada del hecho | | | : | | |
| Hora aproximada del hecho | | | | | | | | | | | |
| : | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidente escolar | | <input type="checkbox"/> Punzante | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidente doméstico | | <input type="checkbox"/> Corto-punzante | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública | | <input type="checkbox"/> Arma de Fuego | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Agresión | | <input type="checkbox"/> Explosión | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Riña | | <input type="checkbox"/> Calor | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar | | <input type="checkbox"/> Frío | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Mordedura de perro | | <input type="checkbox"/> Otro | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Agresión sexual | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro | | | | | | | | | | | |
| 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 N° 12555740) | | | | | | | | | | | |
| A084 : ENTEROVIROSIS | | | | | | | | | | | |
| Anamnesis e historia clínica | | | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTES PERSONALES: - | | | | | | | | | | | |
| ALERGIA A MEDICAMENTOS: - | | | | | | | | | | | |
| EA: PACIENTE QUIEN REFIERE:DOLOR ABDOMINAL, CEFALEA, DOLOR LUMBAR, DOLOR DE PECHO | | | | | | | | | | | |
| MOTIVO POR EL CUAL ACUDE | | | | | | | | | | | |
| AL EXAMEN FÍSICO LUCE EN BCG EUPNEICO AFEBRIL | | | | | | | | | | | |
| ORL: FARINGE SIN EXUDADO | | | | | | | | | | | |
| CP: TÓRAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE MP + SIN AGREGADOS // RR2T NS | | | | | | | | | | | |
| ABDOMEN:DOLOROSO EN EPÍGASTRIO RHS + // BLUMBERG - | | | | | | | | | | | |
| NEUROLÓGICO: GLASGOW 15 /15 | | | | | | | | | | | |
| Procedimientos e indicaciones en box | | | | | | | | | | | |
| METOCLOPRAMIDA 1.5 CC IM | | | | | | | | | | | |
| VIADIL 1.5 CC IM | | | | | | | | | | | |
| **AMERITA REPOSO POR 5 DIAS | | | | | | | | | | | |
| Indicaciones al alta | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12555740) | | | | | | | | | | | |
| 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.