



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15063899

29-

ADMISION: 22/11/2024 17:37	INICIO DE ATENCION: 22/11/2024 18:03	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: MAYRA CONSTANZA CATRIL FIGUEROA		RUT : 25611324 - 4	TELEFONO:	Sin información
DIRECCION: ISLA JUAN FERNANDEZ 03520 - LAS COMUNA: TRANQUERAS, TEMUCO - CHILE TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 7 años 11 meses 0 dias (22/12/2016)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - D
SIGNS VITALES				
Hora :	22/11/2024 17:40			
Temperatura Axilar:	36.9 [°C]			
Temperatura Rectal:				
Presión Sistólica:				
Presión Diastólica:				
Frecuencia Cardiaca:	115 [x]			
Frecuencia Respiratoria:				
Saturometria:	99 [%]			
Latidos Cardio - Fetales:				
Hemoglucotest:				
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I		
Dolor, EVA:				
Distresado:	SI - NO	SI - NO		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> Motivo de Consulta DOLOR OCULAR </div> <div style="flex: 1;"> Observaciones Categorización DOLOR OCULAR </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> 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 </div> <div style="flex: 1;"> Tipo de Consulta : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> Origen de la Procedencia DOMICILIO </div> <div style="flex: 1;"> Otros Datos * NINGUNO </div> </div>				
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	DIA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>
Hora aproximada del hecho <input type="text"/>				
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° 15063899) H162 : QUERATOCONJUNTIVITIS				
			Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="text"/>	
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido				
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.				
Categorización Cierre Atención <input type="text"/>				
Procedimientos e indicaciones en box <div style="text-align: center; border: 1px solid blue; padding: 10px; background-color: #f0f0f0;"> RECETA DESPACHADA </div>				
Indicaciones al alta HIDRATACION ABUNDANTE LORATADINA 10 MG 1 COMP DIA X 7 DIAS CLORANFENICOL UNGUENTO APLICAR 2 VECES AL DIA CLORANFENICOL GOTAS 1 GOTA CADA 4 HRS X 5 DIAS EDUCO SIGNOS DE ALAMRA CONSULTAR SOS				
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15063899)				