



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 15044531

3A. -
✓

ADMISION: 17/11/2024 13:07		INICIO DE ATENCION: 17/11/2024 13:19		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																																																																																													
NOMBRE: SOFIA ANTONIA CARRASCO ZAPATA		RUT : 25110336 - 4		TELÉFONO: 62907315 (CELULAR)																																																																																																													
DIRECCION: CALLE 10 NORTE 01245 COMUNA: TEMUCO EDAD: 9 años 2 meses 12 dias (05/09/2015)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - B																																																																																																													
SIGNOS VITALES <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Horas :</td> <td>17/11/2024 13:07</td> <td></td> <td colspan="3">Motivo de Consulta REF-TO: FIEBRE</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>37 [°C]</td> <td></td> <td colspan="3">Observaciones Categorización SIN INFORMACIÓN</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3">Funcionario Que Atiende</td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td></td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td> <td colspan="2">Tipo de Consulta : INFANTIL</td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td> <td colspan="2">Atención Manifestación Social: NO</td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardiaca:</td> <td>118 ['x]</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td> <td colspan="2">Tipo de Paciente: NO APLICA</td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td> <td colspan="2">Origen de la Procedencia</td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>97 [%]</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td> <td colspan="2">DOMICILIO</td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td> <td colspan="2">Otros Datos</td> </tr> <tr> <td>Hemoglucotest:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2">* NINGUNO</td> </tr> <tr> <td>Estado de Conciencia (AVD):</td> <td>ALERTA</td> <td>A - V - D - I</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td>NO</td> <td>SI - NO</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						Horas :	17/11/2024 13:07		Motivo de Consulta REF-TO: FIEBRE			Temperatura Axilar:	37 [°C]		Observaciones Categorización SIN INFORMACIÓN			Temperatura Rectal:			Funcionario Que Atiende			Presión Sistólica:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL		Presión Diastólica:			<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO		Frecuencia Cardiaca:	118 ['x]		<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA		Frecuencia Respiratoria:			<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Origen de la Procedencia		Saturometría:	97 [%]		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	DOMICILIO		Latidos Cardio - Fetales:			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	Otros Datos		Hemoglucotest:				* NINGUNO		Estado de Conciencia (AVD):	ALERTA	A - V - D - I				Dolor, EVA:						Distresado:	NO	SI - NO																																	
Horas :	17/11/2024 13:07		Motivo de Consulta REF-TO: FIEBRE																																																																																																														
Temperatura Axilar:	37 [°C]		Observaciones Categorización SIN INFORMACIÓN																																																																																																														
Temperatura Rectal:			Funcionario Que Atiende																																																																																																														
Presión Sistólica:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL																																																																																																													
Presión Diastólica:			<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																																																																																													
Frecuencia Cardiaca:	118 ['x]		<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																																																																																																													
Frecuencia Respiratoria:			<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Origen de la Procedencia																																																																																																													
Saturometría:	97 [%]		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	DOMICILIO																																																																																																													
Latidos Cardio - Fetales:			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	Otros Datos																																																																																																													
Hemoglucotest:				* NINGUNO																																																																																																													
Estado de Conciencia (AVD):	ALERTA	A - V - D - I																																																																																																															
Dolor, EVA:																																																																																																																	
Distresado:	NO	SI - NO																																																																																																															
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td colspan="3">Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente de tránsito</td> <td><input type="checkbox"/> Contundente</td> <td><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table></td> <td colspan="3"><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td colspan="3">:</td></tr> </table></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente laboral</td> <td><input type="checkbox"/> Cortante</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente escolar</td> <td><input type="checkbox"/> Punzante</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente doméstico</td> <td><input type="checkbox"/> Corto-punzante</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública</td> <td><input type="checkbox"/> Arma de Fuego</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agresión</td> <td><input type="checkbox"/> Explosión</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Riña</td> <td><input type="checkbox"/> Calor</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar</td> <td><input type="checkbox"/> Frio</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mordedura de perro</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agresión sexual</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Incendio</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Terremoto</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Erupción</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Tsunami</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>						Naturaleza del Hecho		Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho			<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td colspan="3">:</td></tr> </table>			Hora aproximada del hecho			:			<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante					<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"/> Frio					<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro					<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					
Naturaleza del Hecho		Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td colspan="3">:</td></tr> </table>			Hora aproximada del hecho			:																																																																																																		
DIA	MES	AÑO																																																																																																															
Hora aproximada del hecho																																																																																																																	
:																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante																																																																																																																
<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"/> Frio																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro																																																																																																																
<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																																																																																																																	
Diagnóstico (DAU N° 15044531) B349 : VIROSIS																																																																																																																	
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 Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.																																																																																																																	
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C5																																																																																																																	
Procedimientos e indicaciones en box																																																																																																																	
Indicaciones al alta REPOSO EN DOMICILIO POR 5 DIAS ASEO NASAL FRECUENTE CON FISIOLIMP REGIMEN LIVIANO LIQUIDO ABUNDANTE PARACETAMOL 500MG 1/2 COMP CADA 8H SOS SALBUTAMOL 2 PUFF CADA 6H X 5 DIAS CON AEROCAMARA LORATADINA 10MG 1 COMP AL DÍA POR 5 DIAS CONTROL EN CASO DE PERSISTIR CUADRO																																																																																																																	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15044531) KARINA TOVAR RUIZ MEDICO APS 26052338-4																																																																																																																	