



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

TELEFONO:

62907315

(CELULAR)

DIRECCION: CALLE 10 NORTE 01245

PUEBLO ORIGINARIO

NINGUNO

PROCEDENCIA (URBANO /

COMUNA: TEMUCO

DECLARADO:

RURAL):

EDAD: 9 años 2 meses 12 días (05/09/2015)

SEXO (GÉNERO):

MUJER
(FEMENINO)

PREVISION:

FONASA - B

SIGNOS VITALES

Hora :	17/11/2024 13:07	
Temperatura Axilar:	37 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	118 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	97 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucobest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta

REF-TOS FIEBRE

Observaciones Categorización

SIN INFORMACIÓN

Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico
☐ Odontólogo
☐ Matrón(a)
☐ Enfermero(a)
☐ Técnico Paramédico
☐ Kinesiólogo

Tipo de Consulta : INFANTIL

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

- ☐ Accidente de tránsito
☐ Accidente laboral
☐ Accidente escolar
☐ Accidente doméstico
☐ Accidente en la vía pública
☐ Agresión
☐ Riña
☐ Violencia intrafamiliar
☐ Mordedura de perro
☐ Agresión sexual
☐ Otro
☐ Accidente Incendio
☐ Accidente Terremoto
☐ Accidente Erupción
☐ Accidente Tsunami

Elemento Causante

- ☐ Contundente
☐ Cortante
☐ Punzante
☐ Corto-punzante
☐ Arma de Fuego
☐ Explosión
☐ Calor
☐ Frío
☐ Otro

Fecha Aproximada del Hecho

DIA	MES	AÑO

Hora aproximada del hecho

:

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

- ☐ Paciente sin lesiones
☐ Leve (0 - 14 días)
☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)
☐ Grave (30 días o más)
☐ Se requieren exámenes complementarios

Diagnóstico (DAU N° 15044531)

B349 : VIROSIS

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Anamnesis e historia clínica

AM: (-)
ALERGIAS: NIEGA
PESO: 29 KG
VACUNAS OK

CONSULTA EN COMPAÑIA DE LA MADRE POR PRESENTAR HACE 3 DIAS APROX FIEBRE, TOS IRRITATIVA, DECAIMIENTO, DOLOR ABDOMINAL Y MALESTAR GENERAL.

AL E F:
HIDRATADO, BIEN PERFUNDIDO
FARINGE NO ERITEMATOSA
RR2T, NO AUSCULTO SOPLO
MP +, SIN RUIDOS AGREGADOS
ABD RH + BLANDO DEPRESIBLE NO IMPRESIONA DOLOROSO SIN MEGALIAS

Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio

Sin control

Destino:

Fecha de Indicación

Sin

Hospitalización:

Información.

Categorización Cierre Atención

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