

**FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA**

40A

ESTABLECIMIENTO: **SAR LABRANZA**NUMERO DE ATENCION: **12649712**

ADMISION: 07/11/2022 01:52	INICIO DE ATENCION: 07/11/2022 04:03	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: ANTONELLA ALEXANDRA PASMIÑO REYES	RUT: 24170954 - K	TELEFONO: 54478772 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE PEQUEÑA CONFECCION 118, LABRANZA S/N	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 9 años 9 meses 19 días (19/01/2013)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - C

SIGNOS VITALES		
Hora :	07/11/2022 02:10	
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	93 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	98 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta
REF: DOLOR DE OIDO.

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	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora 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"/> 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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <td> </td> <td>:</td> <td> </td> </tr> </table>		:	
DIA	MES	AÑO										
	:											
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° 12649712)
H605 : OTITIS EXTERNA AGUDA, NO INFECCIOSA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda
C4

Condición del paciente al cierre de atención
 Vivo
 Fallecido

Anamnesis e historia clínica
 AM: ASMA SIN TTO
 ACUDE POR OTALGIA DE 1 DIA DE EVOLUCION
 OTOSCOPIA: OD: CAE ERITEMATOSOS TIMPANO NORMAL
 OI: CAE ERITEMATOSO, CERUMEN EN MODERADA CANTIDAD, TIMPANO ABOMBADO

Destino Inmediato del Paciente
 Alta domicilio
 Sin control

Procedimientos e indicaciones en box
 DICLOFENACO 50 MG, IM

Categorización Cierre Atención
C4

Indicaciones al alta
 REPOSO EN DOMICILIO X 3 DIAS
 HIDRATACION ABUNDANTE
 MEDIDAS FISICAS ANTITERMICAS
 PARACETAMOL 250 MG (1/2 COMP) CADA 8 HRS X 5 DIAS
 IBUPROFENO (200MG/5ML) 8 ML CADA 8 HRS X 3 DIAS
 CIPROFLOXACINO 0.3% 2 GOTAS CADA 6 HRS X 7 DIAS EN OIDO IZQ
 ACUDIR A URGENCIAS EN CASO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12649712)
 KAREN VALERIA PAOLA HENRÍQUEZ CUEVAS
 MEDICO APS
 19197442-5

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.