



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

IU A.

ESTABLECIMIENTO: TOLTEN HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 15430547

ADMISSION: 21/03/2025 10:13	INICIO DE ATENCION: 21/03/2025 10:46	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS		
NOMBRE: CONSTANZA ANAHIS ERICES ROCHA		RUT : 22552330 - 4	TELEFONO: 36303707 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE WASHINGTON N° 10, COMUNA: TOLTEN		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
EDAD: 17 años 5 meses 1 dias (20/10/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A
SIGNS VITALES				
Hora :	21/03/2025 10:17			
Temperatura Axilar:	35.3 [°C]			
Temperatura Rectal:				
Presión Sistólica:	105 [mmHg]			
Presión Diastólica:	52 [mmHg]			
Frecuencia Cardiaca:	80 ['x]			
Frecuencia Respiratoria:				
Saturometría:	99 [%]			
Latidos Cardio - Fetales:				
Hemoglucotest:				
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I		
Dolor, EVA:				
Distresado:	NO	SI - NO		
Motivo de Consulta ORZUELO EN AMBOS OJOS DESDE HACE 2 DIAS				
Observaciones Categorización ORZUELO EN AMBOS OJOS DESDE HACE 2 DIAS				
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				
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"/> 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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </tbody> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho			:		
DIA	MES	AÑO												
Hora aproximada del hecho														
:														
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° 15430547)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda
H001 : CHALAZION	<input type="checkbox"/> C4
Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención
AM: NO	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
HACE 2 DIAS CON LESIONES EN AMBOS PAPADOS SUPERIORES	Destino Inmediato del Paciente
EF: CHALAZION BILATERAL	Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.
Procedimientos e indicaciones en box	Categorización Cierre Atención
	<input type="checkbox"/> C4
Indicaciones al alta	
REPOSO EN DOMICILIO POR DOS DIAS DESDE EL 20/03 GENTAMICINA COLIRIO 1 CADA 4 HORAS POR 7 DIAS DICLOFENACO 50 MG SOS MASAJES CIRCULARES CALOR LOCAL URGENCIA SOS	

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15430547)
GABRIELA FERNANDA SANDOVAL MENDOZA MEDICO APS 19466236-K


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.