



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 14504956

40A

ADMISSION: 02/06/2024 19:12		INICIO DE ATENCION: 02/06/2024 20:41		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: MATILDA EMILIA GAETE SUAREZ		RUT: 24602782 - K		TELEFONO: 84279718 (CELULAR)							
DIRECCION: CALLE TUCAPEL N° 1374, POBL. TUCAPEL		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - D							
EDAD: 10 años 1 meses 11 días (22/04/2014)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)									
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Hora:	02/06/2024 19:20	02/06/2024 19:26									
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	108 [x]										
Frecuencia Respiratoria:	20 [x]										
Saturometría:	99 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA									
Dolor, EVA:											
Distresado:	SI - NO	SI - NO									
<b>Motivo de Consulta</b>			PADRE REF, DOLOR DE OIDO DER, TOS CON SECRE, 1SEM EVOL.								
<b>Observaciones Categorización</b>			TOS CON FLEMA, DOLOR AL PECHO AL RESPIRAR UNA SEMANA, DOLOR DE OIDO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE								
<b>Funcionario Que Atiende</b>			Tipo de Consulta: INFANTIL								
<input checked="" type="checkbox"/> Médico			Atención Manifestación Social: NO								
<input type="checkbox"/> Odontólogo			Tipo de Paciente: NO APLICA								
<input type="checkbox"/> Matrn(a)											
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)											
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico			Origen de la Procedencia								
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo			DOMICILIO								
			Otros Datos								
			* NINGUNO								
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>											
<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>		<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<table border="1"><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><th colspan="2">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td></td><td>:</td></tr></table>		Hora aproximada del hecho			:		
Hora aproximada del hecho											
	:										
<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											
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>											
<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											
<b>Diagnóstico (DAU N° 14504956)</b>											
H650 : OTITIS MEDIA AGUDA SEROSA											
<b>Anamnesis e historia clínica</b>											
TRAIDA POR PADRE AM NIEGA ALERGIAS NIEGA HOSPITALIZACIONES NIEGA CONTROLES Y VACUNAS AL DIA PESO 39.5											
CONSULTA POR CUADRO DE UNA SEMANA DE DOLOR OIDO DERECHO ASOCIADO Y DISMINUCION DE AUDICION Y LUEGO SE AGREGA TOS CON SECRECION. SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA											
AL EXAMEN FISICO: VIGIL, HIDRATADA Y BIEN PERFUNDIDA, SIN ASPECTO TOXICO - FARINGE ERITEMATOSA SIN PLACAS DE PUS, CON DESCARGA POSTERIOR - OTOSCOPIA IZQUIERDA CAE PERMEABLE TIMPANO SANO/ DERECHA CAE PERMEABLE TIMPANO ERITEMATOSO Y AMBOMBADO SIN PERFORACION: - CARDIO RR2T NO AUSCULTO SOPLO - PULMONAR MP(+) SIMETRICO SIN RUIDOS AGREGADOS											
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>											
<b>Indicaciones al alta</b>											
1) HIDRATACION ABUNDANTE, REPOSO RELATIVO X 2 DIAS 2) AMOXICILINA 500MG CADA 8 HRS POR 7 DIAS 3) PARACETAMOL 500MG 1 COMP SOS MAX CADA 8 HRS 4) IBUPROFENO 400MG 1 COMP SOS MAX CADA 12 HRS 5) CLORFENAMINA 4MG EN LA NOCHE 6) A URGENCIAS EN CASO DE SINTOMAS DE ALARMA 7) CONTROL EN SU CONSULTORIO EN CASO DE PERSISTENCIA DE SINTOMAS											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14504956)</b>											
ESTEBAN ENRIQUE PALET CORREA MEDICO APS 19304645-2											

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.