



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR CHOL CHOL

NUMERO DE ATENCION: 15602923

IB

ADMISION: 14/05/2025 12:01

INICIO DE ATENCION: 14/05/2025 12:13

MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS

NOMBRE: ANTONELLA ANDREA ANDRADE TOLEDO

RUT :

23481110 - K

TELEFONO:

78438244
(CELULAR)

DIRECCION: SECTOR LOS LINGUES

PUEBLO ORIGINARIO

NINGUNO

PROCEDENCIA (URBANO /

COMUNA: CUNCO

DECLARADO:

RURAL):

EDAD: 14 años 6 meses 12 días (02/11/2010)

SEXO (GÉNERO):

MUJER
(FEMENINO)

PREVISION:

FONASA - A

SIGNOS VITALES

Hora :	14/05/2025 12:02	
Temperatura Axilar:	35.9 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	110 [mmHg]	
Presión Diastólica:	69 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	86 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	99 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	SI - NO	SI - NO

Motivo de Consulta

INFLAMACION DE OJO DERECHO

Observaciones Categorización

INFLAMACION DE OJO DERECHO

Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico
☐ Odontólogo
☐ Matró(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

DÍA	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° 15602923)

H105 : BLEFAROCONJUNTIVITIS

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo
☐ Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Con indicación de tratamiento en su estab.
Destino:
Fecha de Indicación Sin
Hospitalización: Información.

Categorización Cierre Atención

C5

Anamnesis e historia clínica

AM: NIEGA
RAM: NIEGA

REFIERE HACE 2 DIAS ERITEMA EN REG PALPEBRAL, PRURITO Y ENROJECIMIENTO OCULAR

EX FISICO:

BCG, AFEBRIL, HIDRATADA
RR2T SIN SOPLOS, MP+ SIN AGREGADOS
ABD PLANO, RHA+, BLANDO, SIN DOLOR
EXT MOVILES, SIMETRICAS
NEURO CONSCIENTE, ORIENTADA

Procedimientos e indicaciones en box

CSV
EX FISICO

Indicaciones al alta

CEFADROXILO 500MG C/12HR POR 7 DIAS
CLORANFENICOL UNG APLICAR C/6HR POR 7 DIAS

Reposo por 3 días

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15602923)

Dr. Miguel Leal Madriz
Médico General
Rut : 26.586.516-4
Registro SIS: 007654