



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 16127295

70A

ADMISION: 17/10/2025 08:47		INICIO DE ATENCION: 17/10/2025 10:19		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: ANGELY ALEXANDRA AREVALO AGUERO		RUT: 24116748 - 8	TELEFONO: 93200146 (CELULAR)								
DIRECCION: SECTOR RUCACURA S/N COMUNA: TEODORO SCHMIDT		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):								
EDAD: 12 años 11 meses 1 días (16/11/2012)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)	PREVISION: FONASA - B								
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Hora: 17/10/2025 08:54											
Temperatura Axilar: 36.2 [°C]											
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca: 71 [x]											
Frecuencia Respiratoria: 17 [x]											
Saturometría: 99 [%]											
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA		A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado: NO		SI - NO									
<b>Motivo de Consulta</b> DOLOR DE OIDO IZQ. TOS Y DOLOR DE GARGANTA, ANOCHE (CSF TEO SCHMIDT).-											
<b>Observaciones Categorización</b> MADRE REF. DOLOR OIDO DERECHO Y TOS CON FLEMAS DESDE ANOCHE.-											
<b>Funcionario Que Atiende</b> <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											
<b>Tipo de Consulta:</b> INFANTIL											
<b>Atención Manifestación Social:</b> NO <b>Tipo de Paciente:</b> NO APLICA											
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO											
<b>Otros Datos</b> * 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"/> 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"/> VVS <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"/> 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> <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		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
<b>Diagnóstico (DAU N° 16127295)</b> H669 : OTITIS MEDIA (AGUDA)		<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C5									
<b>Anamnesis e historia clínica</b> AM : NIEGA CX : NIEGA FCOS : NIEGA RAM : NIEGA  REFIERE DESDE ANOCHE OTALGIA IZQ, ODINOFAGIA, TOS. EN INTERNADO COMPAÑERAS CON SINTOMAS SIMILARES.  INGRESA EUCARDICA, EUPNEICA, AFEBRIL. VIGIL HIDRATADO BIEN PERFUNDIDO, TRC < 2 SEG MUCOSAS ROSADAS SIN LESIONES FARINGE NO CONGESTIVA, AMIGDALAS NORMOTROPICAS SIN PLACAS NI EXUDADOS. NO PALPO ADENOPATIAS. TORAX: SIMETRICO SIN LESIONES SIN RETRACCIONES, SIN USO DE MA. CARDIOPULMONAR RR2T NAS MP + SRA. OTOSOCIA : CAE DERECHO SIN LESIONES, TIMPANO ABOMBADO ERITEMATOSO		<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido  <b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.  <b>Categorización Cierre Atención</b> C5									
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>											
<b>Indicaciones al alta</b> REPOSO RELATIVO RÉGIMEN COMÚN, ABUNDANTE LÍQUIDO PARACETAMOL 500MG 2 COMP CADA 8 H POR 3 DÍAS IBUPROFENO 400MG 1 COMP CADA 8H POR 3 DÍAS AMOXICILINA 500MG 1 COMP CADA 8H POR 7 DÍAS SI SÍNTOMAS PERSISTEN LUEGO DE TRATAMIENTO, SOLICITAR HORA EN POLICLÍNICO DE SU CESFAM DE ORIGEN. ACUDIR A URGENCIAS ANTE SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16127295)</b>  MARCELO ALEJANDRO GAJARDO LIMARÍ MEDICO APS 19195508-0  DR. MARCELO ALEJANDRO GAJARDO LIMARÍ 19.10.2025 MÉDICO APS											

LLAME A SALUD RESPONDE 600 000 000. Los 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.