



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15677429

ADMISSION: 04/06/2025 20:54		INICIO DE ATENCION: 05/06/2025 00:21		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: MARTINA VICTORIA NAVIA VILLALÓN		RUT:	22372629 - 1	TELEFONO:	83676619 (CELULAR)						
DIRECCION: CALLE PEDRO MONTT 117 LONCOCHE		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: LONCOCHE		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - C							
EDAD: 18 años 2 meses 14 días (21/03/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)									
SIGNOS VITALES											
Hora:	04/06/2025 21:06										
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:	129 [mmHg]										
Presión Diastólica:	75 [mmHg]										
Frecuencia Cardíaca:	87 [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 OIDO DER, Y SALIDA DE SECR CON SANGRE. DESDE 19HRAS APROX. (CSF LONCOCHE).-											
Observaciones Categorización REF. OTALGIA DER, DESDE LAS 19:00HRS. SALIDA DE SECREC CON SANGRE.											
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"/> Contundente		<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></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><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="3">:</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"/> Frío									
<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											
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° 15677429)											
H669 : (En estudio) OTITIS MEDIA (AGUDA)											
Anamnesis e historia clínica											
RAM- AM- PACIENTE CONSULTA POR CUADRO DE 1 DÍA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR OTALGIA DERECHA. AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE EN BCG, OTOSCOPIA DERECHA CON MT ABOMBADO, CAE ERITEMATOSO, OTOSCOPIA IZQUIERDA SIN HALLAZGOS, OROFARINGE INDEMNTE											
Procedimientos e indicaciones en box											
Indicaciones al alta											
REPOSO POR 3 DÍAS (05/06/25-07/06/25) RÉGIMEN LIVIANO, ABUNDANTE HIDRATACIÓN AMOX/CLAV 1 GR C/12 HRS POR 10 DÍAS PARACETAMOL 1 GR C/8 HRS POR 3 DÍAS NAPROXENO 550 MG C/12 HRS POR 3 DÍAS CONSULTAR EN CASO DE SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15677429)											
CRISTIAN ALEXANDER ALDUNATE MARTÍNEZ MEDICO APS 18435612-0											
Dr. Cristian Aldunate M Rut: 18.435.612-0 Médico General											

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.