



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LAUTARO

NUMERO DE ATENCION: 15670717

TIB

ADMISION: 03/06/2025 01:23		INICIO DE ATENCION: 03/06/2025 01:30		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: LORENA IVETTE GUZMAN URIBE	RUT : 23215996 - 0	TELEFONO: 91969664 (CELULAR)			
DIRECCION: PASAJE MONTEBRUNO N° 850, LOS AVELLANOS LAUTARO	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):			
EDAD: 15 años 5 meses 18 días (16/12/2009)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - C			

SIGNOS VITALES		
Hora :	03/06/2025 01:27	
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	134 [mmHg]	
Presión Diastólica:	85 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	84 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	91 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta	
DOLOR DE OÍDOS	
Observaciones Categorización	
DOLOR DE OÍDOS	
Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta : ADULTO
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Atención Manifestación Social: NO
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Tipo de Paciente: NO APLICA
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Origen de la Procedencia
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	DOMICILIO
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	Otros Datos
	* NINGUNO

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES											
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora aproximada del hecho								
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<table border="1" style="width:100%"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%"><tr><td></td><td>:</td></tr></table>		:
DIA	MES	AÑO									
	:										
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante										
<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	Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral									
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones									
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frío	<input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)									
<input type="checkbox"/> Agresión sexual		<input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)									
<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios									
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio											
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto											
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción											
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami											

Diagnóstico (DAU N° 15670717)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda
H920 : OTALGIA	C5
Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención
AM: HIPOT4, OBESIDAD ALERGIAS: NIEGA HC: ACUDE POR CUADRO DE OTALGIA UNILATERAL DERECHA. REFIERE QUE DEBIDO A ELLO UTILIZA COTONITO, CON LO QUE POSTERIORMENTE SANGRA EF: - OTOSCOPIA DERECHA: LEVE NEOVASCULARIZACION A NIVEL DE CAE Y SIN SANGRADO ACTIVO. CONO LUMINOSO (+), TIMPANO NO ABOMBADO, SIN PERFORACION TIMPANICA, SIN SECRECION PURULENTE, SIN DOLOR A LA MOVILIZACION DE CAE	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box	Destino Inmediato del Paciente
SE EXPLICA BENIGNIDAD DE CUADRO	Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Sin Indicación Información. Hospitalización:
Indicaciones al alta	Categorización Cierre Atención
- REPOSO RELATIVO - HIDRATACION ABUNDANTE - PARACETAMOL 500 MG: 2 COMPRIMIDOS CADA 8 HORAS VIA ORAL POR 3 DIAS - IBUPROFENO 400 MG: 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS VIA ORAL POR 3 DIAS - NO UTILIZAR MAS COTONITOS - ACUDIR A URGENCIAS SOS	C5
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15670717)	
FELIPE TAMAYO QUEZADA MEDICO APS 18572072-1	

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.