



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LAUTARO

NUMERO DE ATENCION: 15670717

TIP

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|------------|-------------------------------|----------------------------------|--|--|--|---|
| 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 dias (16/12/2009) | | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) | | PREVISION: FONASA - C | | | | | |
| SIGNS VITALES | | | | | | | | | |
| Hora : | 03/06/2025 01:27 | Motivo de Consulta - DOLOR DE OÍDOS | | | | | | | |
| Temperatura Axilar: | 36.4 [°C] | Observaciones Categorización - DOLOR DE OÍDOS | | | | | | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | | | | | |
| Presión Sistólica: | 134 [mmHg] | Funcionario Que Atiende | | | | | | | |
| Presión Diastólica: | 85 [mmHg] | <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 | | | | | | | |
| Frecuencia Cardiaca: | 84 ['x] | Tipo de Consulta : ADULTO Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA | | | | | | | |
| Frecuencia Respiratoria: | | Origen de la Procedencia | | | | | | | |
| Saturometría: | 91 [%] | DOMICILIO | | | | | | | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | Otros Datos | | | | | | | |
| Hemoglucotest: | | * NINGUNO | | | | | | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA | A - V - D - I | | | | | | | |
| Dolor, EVA: | | | | | | | | | |
| Distresado: | NO | SI - NO | | | | | | | |
| 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"/> 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"/> 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 | <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro | DIA | MES | AÑO | Hora aproximada del hecho | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table> | | | | | | | | | : |
| | | | : | | | | | | |
| 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° 15670717) | | | | | | | | | |
| H920 : OTALGIA | | | | | | | | | |
| Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C5 | | | | | | | | | |
| Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido | | | | | | | | | |
| Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización: | | | | | | | | | |
| Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C5 | | | | | | | | | |
| Indicaciones al alta - 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 | | | | | | | | | |
| 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 a Inmediato a la atención médica.