



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

138

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 16191744

ADMISION: 04/11/2025 17:34		INICIO DE ATENCION: 04/11/2025 19:01		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: ISIDORA ANGELICA VASQUEZ PINCHEIRA		RUT :	23404612 - 8	TELEFONO:	45570777 (CELULAR)																												
DIRECCION: RUTA S532 CAMINO LICANKO KM.1 COMUNA: PADRE LAS CASAS EDAD: 15 años 2 meses 18 dias (17/08/2010)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO):	MAPUCHE MUJER (FEMENINA)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION:	FONASA - A																												
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr><td>Hora :</td><td>04/11/2025 17:47</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>38.8 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>125 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>98 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucoset:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	04/11/2025 17:47	Temperatura Axilar:	38.8 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	125 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	98 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucoset:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:	A - V - D - I	Distresado:	NO		SI - NO
Hora :	04/11/2025 17:47																																
Temperatura Axilar:	38.8 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:																																	
Presión Diastólica:																																	
Frecuencia Cardiaca:	125 ['x]																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometría:	98 [%]																																
Latidos Cardio - Fetales:																																	
Hemoglucoset:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																																
Dolor, EVA:	A - V - D - I																																
Distresado:	NO																																
	SI - NO																																
<b>Motivo de Consulta</b> DECAIMIENTO, FIEBRE, LE DUELE TODO.																																	
<b>Observaciones Categorización</b> DECAIMIENTO, FIEBRE, LE DUELE TODO, 1 DIA APROX DE EV																																	
<b>Funcionario Que Atiende</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td></tr> </table>						<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																						
<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> ADULTO <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																																	

### 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"/> 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"/> 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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						
<b>Hora aproximada del hecho</b> :								
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td></tr> </table>			<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	
<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 Nº 16191744)

H651 : OTRA OTITIS MEDIA AGUDA, NO SUPURATIVA

**Resultado aplicación protocolo selector de demanda**

C4

**Condición del paciente al cierre de atención**
 Vivo  
 Fallecido

**Destino Inmediato del Paciente**

 Alta domicilio  
 Sin control  
 Destino:  
 Fecha de Indicación: Sin  
 Hospitalización: Información.

**Categorización Cierre Atención**

C5

**Anamnesis e historia clínica**

PX REFIERE INICIO DE ENFERMEDAD ACTUAL HACE DÍAS CARACTERIZADA POR FIEBRE DOLOR DE OIDO , CUMPLE TRATAMIENTO MEDICO CON AMOXICILINA SIN MEJORÍA CLÍNICO  
AP: NIEGA DE IMPORTANCIA  
QX: NIEGA  
NIEGA ALERGIAS

EF: APARENTE BUENAS CONDICIONES GENERALES, FEBRIL, HIDRATADO, EUPNEICO. BIEN PERFUNDIDO , LLENADO CAPILAR DE 2 SEG , PULSOS NO DISMINUIDO A RADIAL SIMÉTRICOS  
ORL: FARINGE Y AMIGDALAS HIPERÉMICAS SIN PLACAS DE PUS  
CP: RSCRS S/S MV AUDIBLE SIN AGG  
OIDO , CON ERITEMA EDEMA SECRECIÓN PURULENTA

**Procedimientos e indicaciones en box**

EVALUACIÓN Y TTO MEDICO

**Indicaciones al alta**

 IBUPROFENO 1 TAB 400MG CADA 8 HRS 3 DÍAS  
 NAPROXENO1 TAB CADA 12 POR 5 DÍAS  
 AMOXICILINA AC CLAV 1 TAB 875/125MG CADA 12 HRS 7 DÍAS.

TOMAR ABUNDANTES LÍQUIDOS

URGENCIAS SOS SIGNOS DE ALARMAS

REPOSO MEDICO POR 5 DIAS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16191744)