



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

JEB

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 12601967

ADMISSION: 25/10/2022 22:21	INICIO DE ATENCION: 25/10/2022 22:50	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS												
NOMBRE: KRISHNA ESPERANZA OLIVARES BURGOS RUT: 23138923 - 7		TELEFONO: 34451809 (CELULAR)												
DIRECCION: CALLE VALLE DEL LIMARI N° 3189, PARQUE COSTANERA 2		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: AIMARA												
EDAD: 13 años 0 meses 22 dias (03/10/2009)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)												
SIGNOS VITALES Hora : 25/10/2022 22:25 Temperatura Axilar: 36.9 [°C] Temperatura Rectal: Presión Sistólica: Presión Diastólica: Frecuencia Cardiaca: 94 ['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 OTALGIA, FIEBRE, CEFALEA														
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 <table border="1"> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> </tr> <tr> <td> <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 </td> <td> <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 </td> <td> <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> Hora aproximada del hecho : : </td> </tr> </table>			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"/> 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> Hora aproximada del hecho : :	DIA	MES	AÑO			
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"/> 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> Hora aproximada del hecho : :	DIA	MES	AÑO									
DIA	MES	AÑO												
Diagnóstico (DAU N° 12601967) H61.2 : (En estudio) CERUMEN IMPACTADO J00X : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda C5												
Anamnesis e historia clínica SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA DE 13 AÑOS QUIEN ACUDE POR PRESENTAR OTALGIA DE MODERADA INTENSIDAD ACOMPAÑADA DE CEFALEA NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS EX FIS: HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NORMOHIDRATADO, AFEBRIL, ALERTA VIGIL, SIN ASPECTO SEPTICO OIDO PABELLON AURICULAR NORMOIMPLANTADO CAE NO PERMEABLE POR CERUMEN IMPACTADO BILATERAL BOCA: LABIOS SIMETRICOS, COLORACION ROSADA, FORMA, TAMAÑO Y CONSISTENCIA SIN ALTERACIONES, FARINGE ERITEMATOSA, CONGESTIVA SIN PRESENCIA DE EXUDADO, SIN RESEQUEDAD DE LAS ESTRUCTURAS Y SIGNOS INFLAMATORIOS PP. SIN ALTERACIONES		Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido												
Procedimientos e indicaciones en box VASELINA LIQUIDA APLICAR 02 GOTAS EN OÍDOS CADA 08 HORAS POR 07 DIAS COMPRAR EN FARMACIA PREDNISONA 01 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS POR 05 DIAS CLORFENAMINA 01 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS POR 05 DIAS AMOXICILINA 01 COMPRIMIDO CADA 08 HORAS POR 07 DIAS PARACETAMOL 01 COMPRIMIDO CADA 08 HORAS POR 03 DIAS REPOSO POR 05 DIAS SOLICITAR HORA EN POLICLINICO PARA LAVADO DE OÍDO		Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control												
Indicaciones al alta VASELINA LIQUIDA APLICAR 02 GOTAS EN OÍDOS CADA 08 HORAS POR 07 DIAS COMPRAR EN FARMACIA PREDNISONA 01 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS POR 05 DIAS CLORFENAMINA 01 COMPRIMIDO CADA 24 HORAS POR 05 DIAS AMOXICILINA 01 COMPRIMIDO CADA 08 HORAS POR 07 DIAS PARACETAMOL 01 COMPRIMIDO CADA 08 HORAS POR 03 DIAS REPOSO POR 05 DIAS SOLICITAR HORA EN POLICLINICO PARA LAVADO DE OÍDO		Categorización Cierre Atención C5												
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12601967) EGLIS SALAZAR MOSQUEDA MEDICO APS 26544570-5														

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.