



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PUEBLO NUEVO

NUMERO DE ATENCION: 14655486

ADMISION: 28/07/2024 22:03		INICIO DE ATENCION: 28/07/2024 22:10		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MONSERRAT AGUSTINA BASUALTO VALLEJOS		RUT: 24048305 - K	TELEFONO: 93888497 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE PSJE SJO PAULO 03160		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:	PREVISION: FONASA - D		
EDAD: 11 años 11 meses 1 días (27/08/2012)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora:	28/07/2024 22:07		REF. OTALGIA OIDO IZQUIERDO		
Temperatura Axilar:	37 [°C]		Observaciones Categorización		
Temperatura Rectal:			REF. OTALGIA OIDO IZQUIERDO DESDE HOY		
Presión Sistólica:			Funcionario Que Atiende		
Presión Diastólica:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matron(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Frecuencia Cardíaca:	119 [x]		Tipo de Consulta: INFANTIL		
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO		
Saturometría:	98 [%]		Tipo de Paciente: NO APLICA		
Latidos Cardio - Fetales:			Origen de la Procedencia		
Hemoglucotest:			DOMICILIO		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Otros Datos		
Dolor, EVA:			* NINGUNO		
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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro		<table border="1"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
				<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td>:</td> <td>:</td> </tr> </table>		Hora aproximada del hecho		:	:		
Hora aproximada del hecho											
:	:										
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° 14655486)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda	
H608 : OTRAS OTITIS EXTERNAS		C5	
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención	
AM : NO ALERGIA : NO ACUDE POR DOLOR DE OIDO IZQ DESDE HOY EX. FISICO AFEBRIL HIDRATADA HD ESTABLE OTOSOCOPIO ERITEMATOSO MEMBRANA ABOMBADA SIN NINGUN OTRO SINTOMA		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente	
KETOROLACO 1 AMP IM		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación: Sin Hospitalización: Información.	
LICENCIA X 3 DIAS A PARTIR DE MAÑANA		Categorización Cierre Atención	
		C5	
Indicaciones al alta			
HIDRATACION ABUNDANTE AMOXICILINA 1 COMP CADA 8 HRS X 7 DIAS PREDNISONA 1 COMP DIA X 5 DIAS LORATADINA 1 COMP DIA X 7 DIAS IBUPROFENO 1 COMP CADA 8 HRS X 3 DIAS PARACETAMOL 1 COMP CADA 8 NHRS X 3 DIAS EDUCO SIGNOS DE ALARMA CONSULTAR SOS			
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14655486)			
GLENDYS GUTIERREZ PULIDO MEDICO APS 27013514-5			

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atenderán sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.
 La hipótesis eagnóstica o diagnóstico es provisiona, 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.