

6<sup>a</sup>A.

## 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 VALLEJO		RUT :	24048305 - K	TELEFONO:	93888497 (CELULAR)				
DIRECCION: CALLE PSJE SAO PAULO 03160 COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
EDAD: 11 años 11 meses 1 días (27/08/2012)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - D				
<b>SIGNS VITALES</b>									
Hora :	28/07/2024 22:07	Motivo de Consulta REF.OTALGIA OIDO IZQUIERDO							
Temperatura Axilar:	37 [°C]	Observaciones Categorización REF.OTALGIA OIDO TZQUIERDO DESDE HOY							
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	119 [x]	Funcionario Que Atiende							
Frecuencia Respiratoria:		<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL						
Saturometria:	98 [%]	<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO						
Latidos Cardio - Fetales:		<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA						
Hemoglucotest:		<input type="checkbox"/> Enfermero(a)							
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	Origen de la Procedencia						
Dolor, EVA:		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	DOMICILIO						
Distresado:	NO	<input type="checkbox"/> Otros Datos	* NINGUNO						
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>									
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>							
<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"/> Corte-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table>									:
			:						
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <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									
<b>Diagnóstico (DAU Nº 14655486)</b> <b>H608 : OTRAS OTITIS EXTERNAS</b>									
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> <input type="checkbox"/> C5									
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido									
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación: _____ Sin Hospitalización: _____ Información,									
<b>Categorización Cierre Atención</b> <input type="checkbox"/> C5									
<b>LICENCIA X 3 DIAS A PARTIR DE MAÑANA</b>									
<b>Indicaciones al alta</b> 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 IBURPOFOE 1 COMP CADA 8 HRS X 3 DIAS PARACETAMOL 1 COMP CADA 8 NRHS X 3 DIAS EDUCO SIGNOS DE ALARMA CONSULTAR SOS									
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14655486)</b>  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 clínica 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.