

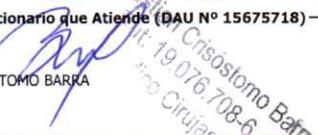


FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15675718

SA.

ADMISION: 04/06/2025 14:28		INICIO DE ATENCION: 04/06/2025 16:17		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS													
NOMBRE: ADRIANNY PAHOLA GUERRERO MOLERO		RUT : 41006478 - 2		TELEFONO: 96283175 (CELULAR)													
DIRECCION: RELONCAVI Nº 435, COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):													
EDAD: 10 años 5 meses 1 dias (03/01/2015)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A													
SÍGNOS VITALES			Motivo de Consulta REF-- SOSPECHA DE ORZUELO EN OJO IZQUIERDO PRESENTA DOLOR E INFLAMACION EVO-12 DIA														
Hora :	04/06/2025 14:36																
Temperatura Axilar:	36 [°C]																
Temperatura Rectal:																	
Presión Sistólica:																	
Presión Diastólica:																	
Frecuencia Cardiaca:	95 ['x]																
Frecuencia Respiratoria:																	
Saturometría:	99 [%]																
Latidos Cardio - Fetales:																	
Hemoglucotest:																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I															
Dolor, EVA:																	
Distresos:	NO	SI - NO															
Observaciones Categorización SIN INFORMACIÓN																	
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 : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA															
		Origen de la Procedencia DESCONOCIDO															
		Otros Datos * 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"/> 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> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td colspan="3">: :</td> </tr> </table>	Hora aproximada del hecho			: :		
DIA	MES	AÑO															
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 Nº 15675718) H000 : ORZUELO																	
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C4																	
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 Hospitalización: Información.																	
Categorización Cierre Atención <input type="checkbox"/> C5																	
Indicaciones al alta REPOSO POR 2 DIAS (PRESENTAR DAU EN COLEGIO) APLICAR CALOR LOCAL (COMPRESAS TIBIAS) EN LA LESIÓN 2 VECES AL DÍA POR 1 O 2 MINUTOS POR 3 DIAS. SE PUEDEN USAR GUATEROS DE SEMILLA CLORANFENICOL UNGUENTO OFTÁLMICO 0,5% 3 VECES AL DÍA X 7 DÍAS. URGENCIAS SOS																	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15675718)  BASTIÁN ALBERTO CRISÓSTOMO BARKA MEDICO APS 19076708-6																	

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.