



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15817713

| ADMISSION: 21/07/2025 14:36   |     | INICIO DE ATENCION: 21/07/2025 17:41    |  | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS  |  |                           |     |     |  |  |  |
|---|-----|---|--|--|--|---------------------------|-----|-----|--|--|--|
| NOMBRE: ASTRID ALEJANDRA HUERTA GUERRERO  |     | RUT: 41365021 - 6                       |  | TELEFONO: 44856060 (CELULAR)   |  |                           |     |     |  |  |  |
| DIRECCION: CALLE CLARO SOLAR N° 1400, SAN ANTONIO   |     | PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO              |  | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):  |  |                           |     |     |  |  |  |
| COMUNA: TEMUCO  |     | DECLARADO:                              |  | PREVISION: FONASA - A  |  |                           |     |     |  |  |  |
| EDAD: 18 años 3 meses 19 días (02/04/2007)  |     | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)         |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <b>SIGNOS VITALES</b>   |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| Hora:   |     | 21/07/2025 14:44                        |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| Temperatura Axilar:   |     | 39.5 [°C]                               |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| Temperatura Rectal:   |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| Presión Sistólica:  |     | 108 [mmHg]                              |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| Presión Diastólica:   |     | 75 [mmHg]                               |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| Frecuencia Cardíaca:  |     | 130 [x]                                 |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| Frecuencia Respiratoria:  |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| Saturometría:   |     | 96 [%]                                  |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| Latidos Cardio - Fetales:   |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| Hemoglucotest:  |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| Estado de Conciencia (AVDI):  |     | ALERTA                                  |  | A - V - D - I  |  |                           |     |     |  |  |  |
| Dolor, EVA:   |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| Distresado:   |     | NO                                      |  | SI - NO  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <b>Motivo de Consulta</b>   |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| REF---, DOLOR OIDO DERECHO . SANGRO NASAL EVO 1 DIA<br>EPILEPSIA ---  |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <b>Observaciones Categorización</b>   |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| REF OTALGIA DERECHA ,EPISTAXIS<br>SIN SANGRADO ACTIVO<br>EVO 1 DIA  |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <b>Funcionario Que Atiende</b>  |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médico  |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Odontólogo   |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Matró(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  |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| DESCONOCIDO   |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| 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"/> Contundente    |  | <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>                                    |  | DIA                       | MES | AÑO |  |  |  |
| DIA   | MES | AÑO                                     |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
|   |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Accidente laboral  |     | <input type="checkbox"/> Cortante       |  | <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td colspan="2">:</td></tr></thead><tbody><tr><td colspan="2"></td></tr></tbody></table> |  | Hora aproximada del hecho |     | :   |  |  |  |
| Hora aproximada del hecho   |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| :   |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
|   |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Accidente escolar  |     | <input type="checkbox"/> Punzante       |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Accidente doméstico  |     | <input type="checkbox"/> Corto-punzante |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública  |     | <input type="checkbox"/> Arma de Fuego  |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Agresión   |     | <input type="checkbox"/> Explosión      |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Riña   |     | <input type="checkbox"/> Calor          |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar  |     | <input type="checkbox"/> Frio           |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Mordedura de perro   |     | <input type="checkbox"/> Otro           |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <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  |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <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 N° 15817713)</b>  |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| H669 : (En estudio) OTITIS MEDIA (AGUDA)  |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <b>Anamnesis e historia clínica</b>   |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| AM: EPILEPSIA<br>RAM: CARBAMAZEPINA   |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| PACIENTE CONSULTA POR CUADRO DE 1 DÍA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR OTALGIA DERECHA Y CEG.<br>AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE EN BCG, BIEN HIDRATADA, DEAMBULANDO, OTOSCOPIA DERECHA CON MT ABOMBADO, CAE ERITEMATOSO, OTOSCOPIA IZQUIERDA SIN HALLAZGOS, OROFARINGE ERITEMATOSA SIN PLACAS DE PUS, RR2T NAS, MP+ SRA. |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <b>Procedimientos e indicaciones en box</b>   |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| ONDANSETRON 8 MG BOLO EV<br>KETOROLACO 60 MG BOLO EV  |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <b>Indicaciones al alta</b>   |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| REPOSO POR 5 DÍAS (21/07/25-25/07/25)<br>REGIMEN LIVIANO<br>AMOX/CLAV 1 GR C/12 HRS POR 10 DÍAS<br>PARACETAMOL 1 GR C/8 HRS POR 3 DÍAS<br>NAPROXENO 550 MG C/12 HRS POR 3 DÍAS<br>CONSULTAR EN CASO DE SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS  |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| <b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15817713)</b>   |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |
| CRISTIAN ALEXANDER ALDUNATE MARTÍNEZ<br>MEDICO APS<br>18435612-0  |     |   |  |  |  |                           |     |     |  |  |  |

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.