



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR QUEPE

NUMERO DE ATENCION: 15852866

3ºB

ADMISION: 31/07/2025 18:52		INICIO DE ATENCION: 31/07/2025 20:56		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: CONSTANZA ANAIS MARIN CORTEZ		RUT :	24696451 - 3	TELÉFONO:	68314132 (CELULAR)																												
DIRECCION: CALLE 21 DE MAYO N° 12, QUEPE COMUNA: FREIRE EDAD: 11 años 0 meses 5 días (26/07/2014)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO):	MAPUCHE MUJER (FEMENINA)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION:	FONASA - A																												
SÍGNOS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>31/07/2025 18:53</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td>94 [']</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>98 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucoset:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	31/07/2025 18:53	Temperatura Axilar:	36 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardíaca:	94 [']	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	98 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucoset:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:		Distresado:	SI - NO		SI - NO
Hora :	31/07/2025 18:53																																
Temperatura Axilar:	36 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:																																	
Presión Diastólica:																																	
Frecuencia Cardíaca:	94 [']																																
Frecuencia Respiratoria:																																	
Saturometría:	98 [%]																																
Latidos Cardio - Fetales:																																	
Hemoglucoset:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																																
Dolor, EVA:																																	
Distresado:	SI - NO																																
	SI - NO																																
Motivo de Consulta — VOMITOS DIARREA Y DOLOR DE CABEZA TOS SECA Y PICAZON DE OIDOS																																	
Observaciones Categorización VOMITOS DIARREA Y DOLOR DE CABEZA TOS SECA Y PICAZON DE OIDOS																																	
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 DOMICILIO																																	
Otros Datos * NINGUNO																																	
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td colspan="3">Fecha Aproximada del Hecho</td> </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 <input type="checkbox"/> Accidente Incendio <input type="checkbox"/> Accidente Terremoto <input type="checkbox"/> Accidente Erupción <input type="checkbox"/> Accidente Tsunami </td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro </td> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3">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"/> 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"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho : :														
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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	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 N° 15852866) H612 : TAPON CERUMEN J029 : FARINGITIS																																	
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> CS																																	
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"/> CS																																	
Procedimientos e indicaciones en box CONTROL DE SV EXAMEN FISICO																																	
Indicaciones al alta IBUPROFENO 400MG COMP: 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS LORATADINA 10MG COMP: 1 COMP CADA 24 HORAS POR 5 DIAS SALES DE REHIDRATACION ORAL: DILUIR UN SOBRE EN 1 VASO DE AGUA COCIDA Y FRIA Y TOMAR A DEMANDA PROFLORA SUSPENSION: TOAMR 1 SUSPENCION CADA 12 HORAS POR 5 DIAS. FAVOR DAR HORA PARA LAVADO DE OIDO EXPLOCIO SIGNOS DE ALARMA RECOMENDACIONES ERGONOMICAS CONTROL CON MEDICO SOS.																																	
REPOSO MEDICO POR 4 DIAS DESDE 29-07-25 (AÑO) 01-08-25																																	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15852866) 																																	