



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SUR QUEPE

NUMERO DE ATENCION: 15852866

30B

ADMISSION: 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	TELEFONO:	68314132 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE 21 DE MAYO N° 12, QUEPE		PUEBLO ORIGINARIO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: FREIRE		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 11 años 0 meses 5 días (26/07/2014)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora :	31/07/2025 18:53		VOMITOS DIARREA Y DOLOR DE CABEZA TOS SECA Y PICAZON DE OIDOS		
Temperatura Axilar:	36 [°C]		Observaciones Categorización		
Temperatura Rectal:			VOMITOS DIARREA Y DOLOR DE CABEZA TOS SECA Y PICAZON DE OIDOS		
Presión Sistólica:			Funcionario Que Atiende		
Presión Diastólica:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrán(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Frecuencia Cardíaca:	94 [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:	SI - NO	SI - NO			

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	Hora 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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> </td> </tr> </table>	
DÍA	MES	AÑO								

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 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>C5</td> </tr> </table>	C5
C5			
Anamnesis e historia clínica *ANT MÓRBIDOS: NIEGA *ANT QX: NIEGA *RAM: NIEGA *TAB (-) OH (-) ACUDE CON MADRE *CONSULTA POR PRESENTAR DESDE HACE 2 DIAS TOS, DOLOR ABDOMINAL, DIARREA, ODINOFAGIA EX FÍSICO: BCG, HIDRATADA, AFEBRIL AL TACTO, EUPNEICA OIDO BILATERAL SE OBSERVA TAPON DE CERUMEN ORL: FARINGE Y AMIGDALAS ERITEMATOSA CP: MP+ SIN AGREGADOS // RR2TNS		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 Hospitalización: Sin Información.	
Procedimientos e indicaciones en box CONTROL DE SV EXAMEN FÍSICO		Categorización Cierre Atención <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>C5</td> </tr> </table>	C5
C5			
Indicaciones al alta IBUPROFENO 400MG COMP: 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DÍAS LORATADINA 10MG COMP: 1 COMP CADA 24 HORAS POR 5 DÍAS SALES DE REHIDRATACION ORAL: DILUIR UN SOBRE EN 1 VASO DE AGUA COCIDA Y FRIA Y TOMAR A DEMANDA PROFLOXA SUSPENSION: TOAMR 1 SUSPENCION CADA 12 HORAS POR 5 DIAS. FAVOR DAR HORA PARA LAVADO DE OIDO EXPLICO SIGNOS DE ALARMA RECOMENDACIONES ERGONÓMICAS CONTROL CON MÉDICO SOS. REPOSO MEDICO POR 4 DIAS DESDE 29-07-25 (29-07-25) 01-08-25			
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N°) MARIANA LING LAU COLINA MEDICO APS 26607848-K 			