



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 16172469

JCB

ADMISSION: 30/10/2025 03:11		INICIO DE ATENCION: 30/10/2025 03:35		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS								
NOMBRE: ISIDORA ANGELICA VASQUEZ PINCHEIRA		RUT :	23404612 - 8	TELEFONO:	45570777 (CELULAR)							
DIRECCION: RUTA S532 CAMINO LICANKO KM.1		PUEBLO ORIGINARIO	MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):								
COMUNA: PADRE LAS CASAS		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A								
EDAD: 15 años 2 meses 13 días (17/08/2010)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)									
SIGNOS VITALES												
Hora :	30/10/2025 03:15	30/10/2025 03:35	Motivo de Consulta									
Temperatura Axilar:	37.1 [°C]		DOLOR DE OIDO IZQ EV. 3 HRS									
Temperatura Rectal:			Observaciones Categorización									
Presión Sistólica:			SIN INFORMACIÓN									
Presión Diastólica:			Funcionario Que Atiende									
Frecuencia Cardíaca:	104 [x]		Tipo de Consulta : ADULTO									
Frecuencia Respiratoria:			Atención Manifestación Social: NO									
Saturometría:	100 [%]		Tipo de Paciente: NO APLICA									
Latidos Cardio - Fetales:			Origen de la Procedencia									
Hemoglucotest:			DOMICILIO									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	ALERTA	Otros Datos									
Dolor, EVA:	3 [x]		* NINGUNO									
Distresado:	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"/> VVS <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"><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO				<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
DIA	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° 16172469)			Resultado aplicación protocolo selector de demanda									
H669 : (En estudio) OTITIS MEDIA (AGUDA)			<table border="1"><tr><td>C5</td></tr></table>			C5						
C5												
Anamnesis e historia clínica			Condición del paciente al cierre de atención									
PACIENTE SIN ANTECEDENTE MÓRBIDO CONSULTA POR ODINOFAGIA DESDE HACE 3 DÍAS ASOCIADO A FIEBRE Y CEFALEA EF A FEBRIL FARINGE CONGESTIVA CON EXUDADO PURULENTO EN AMBAS AMÍGDALAS, RESTO NORMAL			<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido									
SE OBSERVA FAMILAIR DE PACIENTE CON ACTITUD HOSTIL, AGRESIVA HACIA FUNCIONARIOS, A PESAR DE LLEVAR SOLO 20 MIN DE ESPERA A ESTA HORA DE LA MADRUGADA E INSULTANDO A LOS FUNCIONARIOS COMO (PELOTUDOS)			Destino Inmediato del Paciente									
Procedimientos e indicaciones en box			Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización:									
Indicaciones al alta			Sin Información.									
REPOSO RELATIVO RÉGIMEN LIVIANO + HIDRATACIÓN AMOXICILINA 500 MG CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS IBUPROFENO TAB 400 MG CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS			Categorización Cierre Atención									
			<table border="1"><tr><td>C5</td></tr></table>			C5						
C5												
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16172469)												
HENRY ERIC AINSLIE MATA MEDICO APS 26984566-K												

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.