

III A  
9:45

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 12649928

ADMISION: 07/11/2022 07:43		INICIO DE ATENCION: 07/11/2022 08:51		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: SIGRID ANTONELLA PEZO MANCILLA		RUT:	22066038 - 9	TELEFONO:	49176575 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE PJE GALINDO 0176 TEMUCO S/N		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 16 años 8 meses 6 dias (01/03/2006)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - A
<b>SIGNOS VITALES</b>					
Hora :	07/11/2022 08:12				
Temperatura Axilar:					
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardiaca:					
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:					
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	NO	SI - NO			
<b>Motivo de Consulta -</b> EXTRACCION MOLAR TRIAGE DIGITADOR OK					
<b>Funcionario Que Atiende</b>					
<input type="checkbox"/> Médico <input checked="" 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 : ODONTOLOGICA  Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA					
<b>Origen de la Procedencia</b>					
DOMICILIO					
<b>Otros Datos</b>					
* NINGUNO					

## EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>						
<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"/> 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"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <span style="margin-left: 100px;">Hora aproximada del hecho</span> <span style="margin-left: 100px;">:</span>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						
<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								

**Diagnóstico (DAU Nº 12649928)**

K088 : DOLOR DENTAL (GES)

Problema De Salud: URGENCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIA

Estado Auge: TRATAMIENTO GES

Resultado aplicación  
protocolo  
selector de demanda

C5

Condición del paciente al  
cierre de atención

- 
- Vivo
- 
- 
- Fallecido

Destino Inmediato del  
Paciente

- Alta domicilio
- 
- Sin control

Pertinencia de la Atención :

SI

**Anamnesis e historia clínica**

PACIENTE CONSULTA POR DOLOR MOLAR, EVALUADO HACE 2 SEMANAS EN CLÍNICA PARTICULAR DONDE SEGUN RELATO DE LA MADRE DE LA PACIENTE SE INDICA EXODONCIA DEL DIENTE, NO CUENTA CON RADIOGRAFIAS.  
 AL EXAMEN DIENTE 1.7 CARIES OCCLUSOVESTIBULAR EXTENSA, DE PROFUNDIDAD MEDIA, +FRIO, DOLOR FREnte A ESTIMULOS CON UN MES DE EVOLUCION, COMPATIBLE CON PULPITIS REVERSIBLE 1.7

**Procedimientos e indicaciones en box**

EXAMEN SALUD ORAL, RESTAURACION 1.7 CON VIDRIO IONOMERO DE BASE, COMPOSITE A2, LIDOCAINA 2%. SIN COMPLICACIONES.

**Actividades**

- (Actividad : Cantidad)
- EXAMEN DE SALUD ORAL: 1
  - URGENCIA: 1
  - OBTURACIÓN COMPOSITE: 1 [Pieza 1.7]

**Indicaciones al alta**

- EVITAR TEMPERATURAS EXTREMAS EN ALIMENTOS POR 48HRS.
- EN CASO DE DOLOR EN AUMENTO CONSULTAR NUEVAMENTE
- TOMAR DE MANERA PARTICULAR RADIOGRAFIAS SOLICITADAS PARA ORIENTAR TRATAMIENTO.

**Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12649928)**
 ANIBAL IGNACIO GARRIDO LAGOS  
 ODONTOLOGIA APS  
 18592711-3

*Dr. Aníbal Garrido L.  
 Rut: 18.592.711-3  
 Cirujano Dentista*

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.