



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 14469304

ADMISION: 23/05/2024 17:33		INICIO DE ATENCION: 23/05/2024 18:19		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: ALBA IGNACIA DE LA FUENTE FERREIRA		RUT:	24799657 - 5	TELEFONO:	Sin informacion						
DIRECCION: LAS ANTILLAS 188		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - D							
EDAD: 9 años 6 meses 9 días (14/11/2014)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)									
SIGNOS VITALES											
Hora :		23/05/2024 17:51									
Temperatura Axilar:		36.8 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardiaca:		108 [x]									
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:		100 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I							
Dolor, EVA:											
Distresado:		NO		SI - NO							
Motivo de Consulta											
REF: DOLOR DE OÍDOS DESDE AYER TEA											
Observaciones Categorización											
DOLOR DE OÍDOS DESDE AYER TEA											
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											
Naturaleza del Hecho		Elemento Causante		Fecha Aproximada del Hecho							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<table><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table><tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="3">:</td></tr></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											
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° 14469304)											
H650 : OTITIS MEDIA AGUDA SEROSA											
Anamnesis e historia clínica											
AM TRASTORNO MULTISENSORIAL											
RAM NIEGA											
ACUDE CON MADRE, REFIERE DESDE AYER OTALGIA DERECHA, ELLA MENCIONA ODINOFAGIA											
AL EF											
OÍDOS PERMEABLES EL DERECHO MEMBRANA TIMPÁNICA ABOMBADA CON ERITEMA SIN EXUDADO											
OROFARINJE NO CONGESTIVA											
Procedimientos e indicaciones en box											
PESO 27KG											
Indicaciones al alta											
AMOXICILINA JARABE 7CC C/12HRS X 7 DIAS											
PARACETAMOL COMP 500MG MEDIO C/8HRS X 5 DIAS SI HAY FIEBRE O DOLOR											
REPOSO EN CASA POR 3 DIAS											
ACUDIR SOS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14469304)											
EILEIN ALEXANDRA VEGAS SAYAGO											
MEDICO APS											
27082670-9											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda											
C4											
Condición del paciente al cierre de atención											
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo											
<input type="checkbox"/> Fallecido											
Destino Inmediato del Paciente											
Alta domicilio											
Con indicación de tratamiento en su estab.											
Destino:											
Fecha de Indicación											
Hospitalización:											
Sin Información.											
Categorización Cierre Atención											
C4											