



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15807139

I'A

ADMISION: 17/07/2025 22:50		INICIO DE ATENCION: 18/07/2025 01:47		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: PASCAL ANAHIS CANARIO GARCES		RUT :	23546261 - 3	TELEFONO:	95747296 (CELULAR)
DIRECCION: AVENIDA   LUIS DURAND   05150 COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 14 años 5 meses 22 dias (25/01/2011)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - A
<b>SIGNS VITALES</b>					
Hora :	17/07/2025 22:54				
Temperatura Axilar:	37 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	123 [mmHg]				
Presión Diastólica:	76 [mmHg]				
Frecuencia Cardíaca:	99 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	100 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	NO	SI - NO			
<p><b>Motivo de Consulta</b> HHHA REF...DOLOR E INFECCION OIDOS...DOLOR DE CABEZA..EVOL.CUATRO DIAS (.P NUEVO )</p> <p><b>Observaciones Categorización</b> REF...DOLOR E INFECCION OIDOS...DOLOR DE CABEZA..EVOL.CUATRO DIAS</p> <p><b>PESO 50 KILOS</b></p>					
<b>Funcionario Que Atiende</b> <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		<b>Tipo de Consulta : INFANTIL</b> <b>Atención Manifestación Social: NO</b> <b>Tipo de Paciente: NO APLICA</b>			
<b>Origen de la Procedencia</b> TEMUCO HOSP. <b>Otros Datos</b> * NINGUNO					
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>					
<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"/> 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	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b> :
<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					
<b>Diagnóstico (DAU Nº 15807139)</b> H651 : OTRA OTITIS MEDIA AGUDA, NO SUPURATIVA					
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C5					
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido					
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.					
<b>Categorización Cierre Atención</b> C4					
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> KETOROLACO 30 MG EV BOLO BETAMETASONA 4 MG EV BOLO					
<b>Procedimientos</b> INYECCION ENDOVENOSA					
<b>Indicaciones al alta</b> - REPOSO EN DOMICILIO POR 4 DIAS A PARTIR DE HOY - HIDRATACION ADECUADA - REGIMEN LIVIANO A TOLERANCIA - CLOREFENAMINA 4 MG CADA 12 HRS X 5 DIAS - IBUPROFENO 400 MG CADA 8 HRS X 3 DIAS - PARACETAMOL 500 MG 1 COMPRIMIDO CADA 8 HRS X 5 DIAS - AMOXICILINA 500 MG CADA 8 HRS X 7 DIAS - CONTROL MEDICO AL FINALIZAR TRATAMIENTO PARA REEVALUACION CLINICA					
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15807139)</b> CATALINA OYARZUN ARAVENA MEDICO APS 19290913-9					