



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15807139

IA

ADMISSION: 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		PUEBLO ORIGINARIO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION:	FONASA - A
EDAD: 14 años 5 meses 22 días (25/01/2011)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)		

**SIGNOS VITALES**

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

**Motivo de Consulta**

HHHA

REF...DOLOR E INFECCION OIDOS...DOLOR DE CABEZA..EVOL.CUATRO DÍAS ( .P NUEVO )

**Observaciones Categorización**

REF...DOLOR E INFECCION OIDOS...DOLOR DE CABEZA..EVOL.CUATRO DÍAS

PESO 50 KILOS

**Funcionario Que Atiende**

<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO
<input type="checkbox"/> Matron(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	Origen de la Procedencia
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	TEMUCO HOSR.
	Otros Datos
	* NINGUNO

**EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES**

<b>Naturaleza del Hecho</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Accidente de tránsito</li><li><input type="checkbox"/> Accidente laboral</li><li><input type="checkbox"/> Accidente escolar</li><li><input type="checkbox"/> Accidente doméstico</li><li><input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública</li><li><input type="checkbox"/> Agresión</li><li><input type="checkbox"/> Riña</li><li><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar</li><li><input type="checkbox"/> Mordedura de perro</li><li><input type="checkbox"/> Agresión sexual</li><li><input type="checkbox"/> Otro</li><li><input type="checkbox"/> Accidente Incendio</li><li><input type="checkbox"/> Accidente Terremoto</li><li><input type="checkbox"/> Accidente Erupción</li><li><input type="checkbox"/> Accidente Tsunami</li></ul>	<b>Elemento Causante</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Contundente</li><li><input type="checkbox"/> Cortante</li><li><input type="checkbox"/> Punzante</li><li><input type="checkbox"/> Corto-punzante</li><li><input type="checkbox"/> Arma de Fuego</li><li><input type="checkbox"/> Explosión</li><li><input type="checkbox"/> Calor</li><li><input type="checkbox"/> Frío</li><li><input type="checkbox"/> Otro</li></ul>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b> <table border="1" style="width:100%"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> <b>Hora aproximada del hecho</b> <table border="1" style="width:100%"><tr><td>:</td></tr></table>	DIA	MES	AÑO				:
DIA	MES	AÑO							
:									

**Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral**

- ☐ Paciente sin lesiones
- ☐ Leve (0 - 14 días)
- ☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)
- ☐ Grave (30 días o más)
- ☐ Se requieren exámenes complementarios

**Diagnóstico (DAU N° 15807139)**

H651 : OTRA OTITIS MEDIA AGUDA, NO SUPURATIVA

**Resultado aplicación protocolo selector de demanda**

C5

**Anamnesis e historia clínica**

AM: NO  
ALERGIA NO  
PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR DE OIDOS DESDE HACE 4 DÍAS, REFIERE ASOCIADO A SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

AL EX FISICO  
VOR, BIEN HIDRATADA Y PERFUNDIDA  
SUBFEBRIL, SIN APREMIO RESPIRATORIO  
NARINAS CON CONGESTION NASAL  
FARINGE ERITEMATOSA AMIGDALAS SIN PLACAS DE PUS  
OTOSCOPIA DERECHA CON ERITEMA Y PETEQUIAS A NIVEL TIMPÁNICO, SIN SECRECION  
OTOSCOPIA IZQUIERDA CON ERITEMA Y ABOMBAMIENTO TIMPÁNICO. ADEMÁS SECRECION EN CAE

**Destino Inmediato del Paciente**

Alta domicilio  
Sin control  
Destino:  
Fecha de Indicación Sin  
Hospitalización: Información.

**Categorización Cierre Atención**

C4

**Procedimientos e indicaciones en box**

KETOROLACO 30 MG EV BOLO  
BETAMETASONA 4 MG EV BOLO

**Procedimientos**

INYECCION ENDOVENOSA

**Indicaciones al alta**

- REPOSO EN DOMICILIO POR 4 DIAS A PARTIR DE HOY
- HIDRATACION ADECUADA
- REGIMEN LIVIANO A TOLERANCIA
- CLORFENAMINA 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

**Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15807139)**

CATALINA OYARZUN ARAVENA  
MEDICO APS  
19290913-9