



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 14987133

ADMISSION: 01/11/2024 09:15		INICIO DE ATENCION: 01/11/2024 10:15		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: ANTONELLA ANAIS CHANTAL BETANCOURT ROJAS		RUT: 26441148 - 3	TELEFONO: 49502729 (CELULAR)								
DIRECCION: CALLE FCO. POBLETE 0809 S/N		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):								
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:	PREVISION: FONASA - A								
EDAD: 6 años 2 meses 8 días (24/08/2018)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)									
SIGNOS VITALES											
Hora:	01/11/2024 09:18										
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	101 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturimetría:	100 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	NO	SI - NO									
Motivo de Consulta REFIERE IRRITACIÓN Y SECRECIÓN OJO DERECHO											
Observaciones Categorización IRRITACIÓN CON SECRECIÓN EN OJO DERECHO DESDE AYER EN LA TARDE.											
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 border="1"><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 border="1"><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"/> Frío									
<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° 14987133)											
H103 : CONJUNTIVITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA											
Anamnesis e historia clínica											
ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE REFIRIENDO IRRITACIÓN Y SECRECIÓN DEL OJO DERECHO DESDE AYER EN LA TARDE. COMPAÑERA DE CURSO CON EL MISMO CUADRO.											
RAM: NIEGA											
ANTECEDENTE COMORBIDO: NIEGA											
AL EXAMEN FÍSICO:											
OJO DERECHO: SECRECIÓN PURULENTO, HIPEREMIA											
Procedimientos e indicaciones en box											
Indicaciones al alta											
CLORANFENICOL 2 GOTAS CADA 4 H POR 1 SEMANA LAVADO DE MANOS FRECUENTE Y EVITAR LA MANIPULACIÓN DEL OJO DERECHO CONTROL POR POLI CLINICO ACUDIR A URGENCIA EN CASO DE SIGNOS DE ALARMA REPOSO POR 7 DIAS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14987133)											
JUAN CARLOS MARQUEZ VENTURA MEDICO APS 24385478-4											

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.