

Dato de Atención de Urgencia  
SAPU  
Municipalidad De Concepción

Dato N°:  
Fecha Admisión:  
Hora Admisión:

125218  
22/07/2025  
20:59:00

Centro Paciente: CESFAM LORENZO ARENAS  
Nombre: MOREIRA ITURRA RAFAEL PASCUAL R.U.N.: 25914708-5  
Domicilio: CAMPANARIO 516  
Teléfono: 81727382 / Sexo: Masculino Ficha: 25914708-5  
981727382

Edad: 7 años 10 meses 10 días  
Fecha nac.: 12/09/2017  
Previsión: FONASA GPO-C  
Pertenece a un Pueblo Indígena: No

País de Nacimiento: Chile Nacionalidad: Chileno  
Hora Entrada Box: -  
Recepcionado por: BART CASTRO, CARLOS AVELINO  
Acompañante: ABUELITA RUT. 9060165-2

Motivo Administrativo:  
DOLOR OJO IZQ. X GOLPE

Motivo de consulta:  
REFIERE DESDE AYER CON DOLOR DE OJO IZQUIERDO ASOCIADO A GOLPE, PRESENTA LEVE AUMENTO DE VOLUMEN DOLOR DE OJO IZQUIERDO ASOCIADO A GOLPE, PRESENTA LEVE AUMENTO DE VOLUMEN

Tipo de Accidente:  
Lugar Accidente:

ALERGICO: NO  
Categorización:

• C5 22/07/2025 21:09 SANCHEZ ALBORNOZ MARIA PAZ

SIGNOS VITALES	HORA	PAS PAD	TEMPERATURA RECTAL	T. AXILAR	FRECUENCIA CARDIACA	SAT. O2	FREC. RESP.	GLICEMIA
	21:09:32			36.0	94	98		

Anamnesis y Ex. Físico:

ALERGIAS: NO  
ENF.CRON: NO  
PESO: 42 KILOS

ALERGIA: NO  
AM: NO

REFIERE PRESENTAR DOLOR EN GLOBO OCULAR IZQUIERDO DESDE EL DIA DE AYER, LO EMPUJARON " CON LA MANO PARA QUITARLE LA PELOTA"  
SIN ALTERACION DE LA VISION, OTROS SINTOMAS

Hipótesis Diagnóstica:  
DOLOR OCULAR

Procedimientos:  
NO SE REGISTRARON.

Medicamentos:  
NO SE REGISTRARON.

Diagnóstico Principal:

DOLOR OCULAR (26596286-6 - MARIA ISABEL SANTAMARIA GUACARAN) - (Fecha:22/07/2025) - (Hora: 22:07:49)

Indicaciones:

REPOSO EN CASA POR 1 DIAS  
IBUPROFENO 200/5ML: 11 CC CADA 8 HORAS POR 3 DIAS  
COLOCAR COMPRESAS FRIAS EN LA ZONA CAD 8 HORAS  
GENTAMICINA GOTAS: 1 GOTAS CADA 6 HORAS POR 5 DIAS  
CONTROL CESFAM EN CASO DE PERSISTIR MOLESTIA

Destino: DOMICILIO

Condición Cierre Atención: Alta Médica

Motivo:

Fecha egreso: 22/07/2025

Hora egreso: 22:07:49

(MEDICO) SANTAMARIA GUACARAN, MARIA ISABEL

Nombre Médico Tratante

26596286-6

Documento



Firma

Firma Paciente

Dejo constancia de haber recibido copia de este formulario con el diagnóstico, procedimientos realizados e indicaciones recibidas.  
EL SAPU CORRESPONDE A UNA ATENCION CLINICA DE URGENCIA, SI SU CONDICION CLINICA SE AGRAVA DEBERA VOLVER A CONSULTAR AL SAPU U HOSPITAL A LA BREVEDAD.