

EDAD	SEXO	DÍA	MES	AÑO	ADMISION	HR. ATENCION	AT. MEDICA
4 años 3 meses 18 días	Mujer	09	09	2022	HORA	MIN	HORA
					06	28	07
						16	07
							16

Run:	26280915 - 3	TELEFONO	947701548
APELLIDO PATERNO	CATALDO		
APELLIDO MATERNO	VERA		
NOMBRES	ISABELLA EMILIA		
DOMICILIO	V. EL SEÑORIAL CLEMENTE LA RONDO N 1573 - SAN FELIPE		

GRUPO PREVISIONAL FONASA D			
ISAPRE	PARTICULAR	OTROS	

CONSULTA POR:			
DOLOR DE OIDO IZQ			
INGRESO	AMBULANCIA	CARABINEROS	OTRO X

2. CATEGORIZACION:

HORA: 06:43	C1	C2	C3	C4 X	C5
--------------------	----	----	----	-------------	----

CONSULTAS ANTERIORES / DATOS RELEVANTES			
DOLOR DE OIDOS			
HGT MG/DL: 0			
ECG: 00:00			

¿CONSULTA REPETIDA POR MISMO MOTIVO?				SI	NO X
TIPO DE ACCIDENTE:	TRANSITO	ESCOLAR	AGRESION		
	V.I.F.	HOGAR	TRABAJO	OTROS	
TIPO DE ATENCION:	MEDICA	CIRUGIA	TRAUMATOLOGIA		
	RESPIRATORIA	PEDIATRICA X	GINECO-OB	C. LESIONES	

3. ATENCION MEDICA Y DE ENFERMERIA: No Posee Eval. SAD Parsons

RESPONSABILIDAD MEDICA-DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	
OMA NO SUPURATIVA	
¿DIAGNOSTICO AJGE?: SI NO X Toma de Conocimiento Firma del Paciente	
TRATAMIENTO MEDICO	HORA
1 IBUPROFENO 200 MG, 5 ML VO	07:25
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

RESPONSABILIDAD PARAMEDICO				
PRESION	PULSO	TEMPERATURA	RESPIRACION	SATURACION
	103	36,3	20	98
¿ENFERMEDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA? SI NO				
¿CONSULTA DE URGENCIA PERTINENTE? SI X NO				
ALCOHOLEMIA:		SI	NO	
N° FRASCO		N° PLACA		
GRADO DE TEMPERANCIA:		SOBRIO	ETILICO	
		EBRIO	COMA	
ATENCION ENFERMERIA				HORA
1 SE ADM. IBUPROFENO VO 5 ML-RESPONSABLE VCF				07:28
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

EVOLUCION MEDICA	
REFIRE DOLOR DE AMBOS OIDOS, SIN FIEBRE, SIN CEG, MUCOSIDAD TOS HACE 5 DIAS	
EXAMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFIAS Y EXAMEN FISICO	
1	
2 PESO 19 K, NIEGA ALERGIA, SIN MORBIDOS, PCTE EN BUENAS CO	
3 NDICIONES GENERALES, BIEN PERFUNDIDO, HIDRATADO, OTOSCOPIA ERITEMA	

4. EGRESO

INDICACIONES	
CONTROL CESFAM	
IBUPROFENO 200 MG, 5 ML CADA 8 HRS POR 2 DIAS	
AMOXICILINA 500 MG, 4 ML CADA 8 HRS POR 7 DIAS	
PEREBRON 5 ML CADA 8 HRS POR 7 DIAS	
URGENCIA SOS	

INCAPACIDAD:	SI	NO	DIAS
DESTINO DEL PACIENTE: TRASLADO			
DOMICILIO X	HOSPITALIZADO	FALLECIDO	OTRO

EGRESO	PACIENTE
--------	----------