

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15006717

ADMISION: 06/11/2024 16:28		INICIO DE ATENCION: 06/11/2024 17:10		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: EMILIA PAZ CONTRERAS CONCHA		RUT: 23630598 - 8		TELEFONO: 78955816 (CELULAR)	
DIRECCION: PATZKE 1331		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO: MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - B	
EDAD: 13 años 6 meses 9 días (28/04/2011)					
<b>SIGNOS VITALES</b>					
Hora:	06/11/2024 16:39				
Temperatura Axilar:	36.1 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	97 [x]				
Frecuencia Respiratoria:	19 [x]				
Saturometría:	99 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor EVA:					
Distresado:	NO	SI - NO			
<b>Motivo de Consulta</b>					
SUFRE CAÍDA EN EL COLEGIO EL DÍA DE AYER...DOLOR TOBILLO PIE DERECHO...					
<b>Observaciones Categorización</b>					
ACC ESCOLAR, SUFRE TORSION DE TOBILLO DERECHO EL DIA DE AYER, HOY EV CON INFLAMACION DOLOR Y DIF PARA CAMINAR PESO 61 KG					
<b>Funcionario Que Atiende</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Médico					
<input type="checkbox"/> Odontólogo					
<input type="checkbox"/> Matron(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					
<b>Origen de la Procedencia</b>					
DOMICILIO					
<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"/> Contundente		<b>DÍA</b> <b>MES</b> <b>AÑO</b>	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<b>Hora aproximada del hecho</b>	
<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					
<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 N° 15006717)</b>					
5934 : ESGUINES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO					
<b>Anamnesis e historia clínica</b>					
AM: EPILEPSIA					
ALERGIAS: -					
PACIENTE EN COMPAÑÍA DE SU PADRE					
REFIERE AYER INVERSION FORZADA DE PIE DERECHO EVOLUCIONANDO CON DOLOR EL DIA DE HOY, ESPECIALMENTE PARA CAMINAR					
PACIENTE INGRESA CAMINANDO					
LIGERO AUMENTO DE VOLUMEN EN MALEOLO LATERAL DERECHO, SIN DEFORMIDAD O EQUIMOSIS					
DOLOR A LA PALPACION RETROMALEOLAR LATERAL DERECHO					
MOVILIDAD CONSERVADA					
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>					
RX DE TOBILLO AP-LAT-MORTAJA					
SIN LESIONES					
<b>Indicaciones al alta</b>					
REPOSO EN CASA POR 3 DIAS					
USO DE INMOVILIZACION POR 2-3 DIAS					
REPOSO DEPORTIVO POR RESTO DE SEMANA					
MANTENER PIE EN ALTO EN LO POSIBLE					
NAPROXENO 550MG 1 TAB C/12H POR 3 DIAS					
EN CASO DE PRESENTAR AUMENTO DE VOLUMEN QUE NO MEJORE, DOLOR INTENSO, DIFICULTAD PARA MOVILIZAR EL PIE. RECONSULTAR					
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15006717)</b>					
OSWALDO ARTURO CARRASQUEL GAGO					
MEDICO APS					
26512593-K					

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.