



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15006717

Jef.

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 COMUNA: TEMUCO EDAD: 13 años 6 meses 9 dias (28/04/2011)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																													
		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)	PREVISION:	FONASA - B																												
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>06/11/2024 16:39</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.1 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardíaca:</td><td>97 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td>19 ['x]</td></tr> <tr><td>Satometría:</td><td>99 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td></tr> <tr><td></td><td>SI - NO</td></tr> </table>						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]	Satometría:	99 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:		Distresado:	NO		SI - NO
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]																																
Satometría:	99 [%]																																
Latidos Cardio - Fetales:																																	
Hemoglucotest:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																																
Dolor, EVA:																																	
Distresado:	NO																																
	SI - NO																																
Motivo de Consulta SUFRE CAÍDA EN EL COLEGIO EL DÍA DE AYER...DOLOR TOBILLO PIE DERECHO...																																	
Observaciones Categorización ACC ESCOLAR, SUFRE TORSIÓN DE TOBILLO DERECHO EL DIA DE AYER, HOY EV CON INFLAMACION DOLOR Y DIF PARA CAMINAR PESO 61 KG																																	
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 <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input type="checkbox"/> Accidente escolar <input type="checkbox"/> Accidente doméstico <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Riña <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <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 </td> <td> <input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro </td> <td> <table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>ANO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho : : </td> </tr> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input type="checkbox"/> Accidente escolar <input type="checkbox"/> Accidente doméstico <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Riña <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <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	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>ANO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho : :	DIA	MES	ANO																			
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho																															
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input type="checkbox"/> Accidente escolar <input type="checkbox"/> Accidente doméstico <input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Riña <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Mordedura de perro <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	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>ANO</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> Hora aproximada del hecho : :	DIA	MES	ANO																												
DIA	MES	ANO																															
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 Nº 15006717) S934 : ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO																																	
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4																																	
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																																	
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Sin Información.																																	
Categorización Cierre Atención C4																																	
Indicaciones al alta 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 O DIFICULTAD PARA MOVILIZAR EL PIE. RECONSULTAR																																	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15006717) <i>Oswaldo Carrasquel Gago 26.512.593-K Médico Cirujano</i>																																	

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.