



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 14904359

8/P

ADMISION: 09/10/2024 12:19		INICIO DE ATENCION: 09/10/2024 15:50		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																													
NOMBRE: ROCIO PAULINA HUENTENAO SILVA		RUT : 23464515 - 3		TELÉFONO: 73011271 (CELULAR)																													
DIRECCION: CALLE LOS ARENALES 635, SAN ANTONIO S/N COMUNA: TEMUCO EDAD: 13 años 11 meses 13 dias (26/10/2010)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - C																													
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>09/10/2024 12:32</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.5 [°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 Cardiaca:</td><td>76 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td>19 ['x]</td></tr> <tr><td>Saturometria:</td><td>100 [%]</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 :	09/10/2024 12:32	Temperatura Axilar:	36.5 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:		Presión Diastólica:		Frecuencia Cardiaca:	76 ['x]	Frecuencia Respiratoria:	19 ['x]	Saturometria:	100 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:		Distresado:	NO		SI - NO
Hora :	09/10/2024 12:32																																
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]																																
Temperatura Rectal:																																	
Presión Sistólica:																																	
Presión Diastólica:																																	
Frecuencia Cardiaca:	76 ['x]																																
Frecuencia Respiratoria:	19 ['x]																																
Saturometria:	100 [%]																																
Latidos Cardio - Fetales:																																	
Hemoglucotest:																																	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																																
Dolor, EVA:																																	
Distresado:	NO																																
	SI - NO																																
Motivo de Consulta MADRE REF...DOLOR DE ESPALDA...DOLOR AL PECHO...VÓMITOS...EVOL...DOS DÍAS (MAKEWE)																																	
Observaciones Categorización PCTE REF DOLOR LUMBAR, IRRADIADO A PARRILLA COSTAL (PRACTICA KARATE) EV 2 DIAS PESO 57 KG RAM: (-) ANT: (-)																																	
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"/> Rifa <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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <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><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </td> <td colspan="2"> Hora aproximada del hecho : </td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"> 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 </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"/> Rifa <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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <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><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho :					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										
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"/> Rifa <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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <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><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho :																								
DIA	MES	AÑO																															
			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° 14904359) M948 : COSTOCONDITIS M624 : CONTRACTURA MUSCULAR			Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4																														
Anamnesis e historia clínica AM: NO ALERGIAS: IBUPROFENO 2 DIAS DE DOLOR EN PECHO Y PARRILLA COSTAL, IZQUIERDA, SIN TOS, SIN TRAUMA NI GOLPES, SIN CAIDAS, AUMENTA DOLOR AL MOVER BRAZO IZQUIERDO Y TRONCO. HOY EN LA MAÑANA VOMITO, ACTUALMENTE SIN NAUSEAS, SIN DOLOR ABDOMINAL. SIN FIEBRE. *REFIERE COMPETENCIA EL SABADO PASADO (PRACTICA KARATE HACE 8 AÑOS) EXAMEN FISICO TORAX CON MECANICA VENTILATORIA NORMAL AUSCULTACION PULMONAR MP CONSERVADO SRA SIN LESIONES VISIBLES, SIN EQUIMOSIS, SIN AUMENTO DE VOLUMEN, SIN ALTERACIONES CUTANEAES, CON DOLOR A LA PALPACION DE PARRILLA COSTAL EN RELACION A LKINEA AXILAR POSTERIOR IZQUIERDA, Y EN AL LADO DE ESTERNON POR BILATERAL. DOLOR A LA EXTENSION Y ABDUCCION DE HOMBRO IZQUIERDO, Y POSICIONAL.			Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																														
Procedimientos e indicaciones en box Indicaciones al alta REPOSO ESCOLAR POR 3 DIAS (09 AL 11 DE OCTUBRE 2024) NO RESPOSO EN CAMA FRIOS - CALOR LOCAL 15 MIN CADA 4 HORAS POR 10 DIAS PARACETAMOL 1GR CADA 12 HORAS POR 7 DIAS VO METAMIZOL CICLOBENZAPRINA 10 MG CADA 12 HORAS POR 7 DIAS EN LA NOCHE ACUDIR A URGENCIAS EN CASO DE PERDIDA DE CONTROL DE ESFINTERES, ANESTESIA PERINEAL, FIEBRE, DOLOR DE ABDOMEN O AL ORINAR			Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:																														
Categorización Cierre Atención C5																																	
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14904359)  VICENTE DANIEL JESÚS LEÓN CONCHESO MEDICO APS 19780481-K																																	