



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 14904359

8A

ADMISSION: 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	TELEFONO: 73011271 (CELULAR)		
DIRECCION: CALLE LOS ARENALES 635, SAN ANTONIO S/N		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - C	
EDAD: 13 años 11 meses 13 días (26/10/2010)					

  

<b>SIGNOS VITALES</b>		
Hora:	09/10/2024 12:32	
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	76 [x]	
Frecuencia Respiratoria:	19 [x]	
Saturometría:	100 [%]	
Latidos Cardíaco - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

  

<b>Motivo de Consulta</b>	
MADRE REF...DOLOR DE ESPALDA...DOLOR AL PECO...VÓMITOS...EVOL...DOS DÍAS ( MAKEWE )	
<b>Observaciones Categorización</b>	
PCTE REF DOLOR LUMBAR, IRRADIADO A PARRILLA COSTAL ( PRACTICA KARATE) EV 2 DÍAS PESO 57 KG RAM: (-) ANT: (-)	
<b>Funcionario Que Atiende</b>	<b>Tipo de Consulta :</b> INFANTIL
<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrn(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo	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"/> 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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"><tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1"><tr><th>Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td>:</td></tr></table>	Hora aproximada del hecho	:
DÍA	MES	AÑO									
Hora aproximada del hecho											
:											
<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° 14904359)</b> M948 : COSTOCONDRIITIS M624 : CONTRACTURA MUSCULAR	<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4
<b>Anamnesis e historia clínica</b> AM: NO ALERGIAS: IBUPROFENO  2 DÍAS DE DOLOR EN PECO Y PARRILLA COSTAL, IZQUIERDA, SIN TOS, SIN TRAUMA NI GOLPES, SIN CAIDAS, AUMENTA DOLOR AL MOVER BRAZO IZQUIERDO Y TRONCO. HOY EN LA MAÑANA VÓMITO, 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 CUTANEAS, CON DOLOR A LA PALAPCION 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.	<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido  <b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Sin Indicación Información. Hospitalización:
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>	<b>Categorización Cierre Atención</b> C5
<b>Indicaciones al alta</b> REPOSO ESCOLAR POR 3 DÍAS (09 AL 11 DE OCTUBRE 2024) NO RESPO EN CAMA FRIO - CALOR LOCAL 15 MIN CADA 4 HORAS POR 10 DÍAS  PARACETAMOL 1GR CADA 12 HORAS POR 7 DÍAS VO METAMIZOL CICLOBENZAPRINA 10 MG CADA 12 HORAS POR 7 DÍAS EN LA NOCHE  ACUDIR A URGENCIAS EN CASO DE PERDIDA DE CONTROL DE ESFINTERES, ANESTESIA PERINEAL, FIEBRE, DOLOR DE ABDOMEN O AL ORINAR	
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14904359)</b>  VICENTE DANIEL JESUS LEÓN CONCHESO MÉDICO APS 19780484-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.