



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15470512

IB

ADMISION: 02/04/2025 11:10		INICIO DE ATENCION: 02/04/2025 11:39		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: EMILIA FERNANDA POZAS SILVA		RUT :	23540671 - 3	TELEFONO:	65405128 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE GENERAL CRUZ N° 0293, TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - D	
EDAD: 14 años 2 meses 15 días (18/01/2011)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

  

<b>SIGNOS VITALES</b>		<b>Motivo de Consulta</b> ACCI. ESCOLAR. C. PROVIDENCIA). REF. SE APRIETA DEDO PULGAR MANO DERECHA EN SALA DE CONVIVENCIA . EVOL: ANT MORB.(-) RAM.(-) (C.	
Hora :	02/04/2025 11:31		
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]		
Temperatura Rectal:			
Presión Sistólica:			
Presión Diastólica:			
Frecuencia Cardíaca:	102 [x]		
Frecuencia Respiratoria:			
Saturometría:	96 [%]		
Latidos Cardio - Fetales:			
Hemoglucotest:		<b>Observaciones Categorización</b> ACCI. ESCOLAR. C. PROVIDENCIA). REF. SE APRIETA DEDO PULGAR MANO DERECHA EN SALA DE CONVIVENCIA . EVOL: 1 DIA	
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA A - V - D - I		
Dolor, EVA:		<b>Funcionario Que Atiende</b>	
Distresado:	NO SI - NO	<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL
		<input type="checkbox"/> Odontólogo	
		<input type="checkbox"/> Matron(a)	Atención Manifestación Social: NO
		<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA
		<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	
		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
		<b>Origen de la Procedencia</b> DESCONOCIDO	
		<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>		<b>Hora aproximada del hecho</b>			
		<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>01</td><td>04</td><td>2025</td></tr></table>	DIA		MES	AÑO	01
DIA	MES	AÑO					
01	04	2025					
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input checked="" 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 checked="" 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	<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones <input checked="" 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		16 : 00			

  

<b>Diagnóstico (DAU N° 15470512)</b> 0000 : ATRICION DE DEDO DE LA MANO	<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4
<b>Anamnesis e historia clínica</b> ACUDE POR ACC ESCOLAR REFIERE ATRICION DE DEDO PULGAR DE MANO DERECHA. SIN OTROS SINTOMAS ASOCIADOS  AM (-) AL (-)  EF BEG, CLOTE, VIGIL, TRANQUILA HDN ESTABLE MUCOSAS ROSADAS E HIDRATADAS, PERFUSION DISTAL CONSERVADA MANO DER: ROM, FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADA. KAPANI 9. SE APRECIA EDEMA DE FALANGE DISTAL DE PULGAR, EQUIMOSIS DE PULPEJO. SIN FOCALIDAD NEUROLOGICA, PARES CRANEALES CONSERVADOS SIN OTROS HALLAZGOS PATOLOGICOS AL EXAMEN	<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 Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.  <b>Categorización Cierre Atención</b> C4
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> RX PULGAR DER AP-L-O SIN RASGO FRACTUARIO EVIDENTE, ARTICULACION CONGRUENTE  SE MUESTRA Y EXPLICAN HALLAZGOS A MAMA  <b>Procedimientos</b> PROCEDIMIENTO PARA EXPLORACIONES RADIOLOGICAS (INCLUYE MANIOBRA E INYECCION DEL MEDIO DE CONTRASTE)	
<b>Indicaciones al alta</b> PARACETAMOL 500 MG 2 COMP C/8H POR 5 DIAS IBUPROFENO 400 MG 1 COMP C/8H POR 4 DIAS HIELO LOCAL 20-30 MIN 3 VECES AL DIA CUIDADO CON DEDITO REPOSO EN CASA POR HOY CONTROL EN SU CONSULTORIO PARA SEGUIMIENTO MEDICO, EN CASO DE NECESIDAD	
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15470512)</b>  IGNACIO ANDRÉS GONZÁLEZ CASTILLO MEDICO APS 18635642-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.