



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 14870018

IV-A

ADMISION: 30/09/2024 06:41		INICIO DE ATENCION: 30/09/2024 06:54		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: MAIRA PAOLA CORONADO MONTOYA		RUT: 22319729 - 9		TELEFONO: 63636585 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE ESTERO TRICAO 0118, LABRANZA		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 17 años 8 meses 11 dias (19/01/2007)					
SIGNOS VITALES					
Hora:	30/09/2024 06:49				
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardiaca:	69 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometria:	99 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDT):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:	NO	SI - NO			
Distresado:					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> Motivo de Consulta REF. DOLOR RODILLA </div> <div style="flex: 1;"> Observaciones Categorización REF. DOLOR RODILLA HACE 3 DIAS PESO:53K </div> </div>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> 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 </div> <div style="flex: 1;"> Tipo de Consulta : ADULTO Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA </div> </div>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> Origen de la Procedencia DOMICILIO </div> <div style="flex: 1;"> Otros Datos * NINGUNO </div> </div>					

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <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"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Hora aproximada del hecho : </div>	DIA	MES	AÑO			
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 Nº 14870018)

M239 : (En estudio) GONALGIA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

CS

Condición del paciente al cierre de atención

 Viva
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

 Alta domicilio
 Con indicación de tratamiento en su estab.
 Destino:
 Fecha de Indicación: Sin
 Hospitalización: Información.

Categorización Cierre Atención

CS

Anamnesis e historia clínica

 NO ALERGIA
 QX AMIGDALECTOMIA
 NO R.B

PCTE CONSULTA CON SU PADRE POR CC DE 4 DIAS DE EVOLUCION DADO POR GONALGIA IZQUIERDA POSTERIOR A REALIZAR EJERCIO FISICO. SE EXACERBA CON LA MACHA

AL E.F LEVE LIMITACION PARA LA FLEXION SIN DEFORMIDAD NI CAMBIO DE COLORACION.

Procedimientos e indicaciones en box

KETOROLACO: 30 MG IM

Procedimientos

INYECCION INTRAMUSCULAR

Indicaciones al alta

 CRIOTERAPIA
 REPOSO RELATIVO 3 DIAS
 PARACETAMOL 500MG, 2 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS
 IBUPROFENO COMP 400MG, 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS

ACUDIR A CONSULTORIO CORRESPONDIENTE EN CASO DE PERSISTIR SINTOMATOLOGIA A PESAR DE TRATAMIENTO MEDICO

INDICADO

ACUDIR A URGENCIA EN CASO DE PRESENTAR:

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14870018)
LEONEL ALEXANDER MARTINEZ SOTO MEDICO APS 2566334-2

 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.