

IV-A

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR LABRANZA

NUMERO DE ATENCION: 14870018

ADMISSION: 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: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:	PREVISION: FONASA - A		
EDAD: 17 años 8 meses 11 días (19/01/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			
<b>SIGNOS VITALES</b>					
Hora:	30/09/2024 06:49				
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	69 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	99 [%]				
Latidos Cardíaco - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	NO	SI - NO			
<b>Motivo de Consulta</b> REF. DOLOR RODILLA					
<b>Observaciones Categorización</b> REF. DOLOR RODILLA HACE 3 DIAS PESO: 53K					
<b>Funcionario Que Atiende</b>					
<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: ADULTO					
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>					
<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					
<b>Elemento Causante</b>					
<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					
<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>					
DIA 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° 14870018)</b>					
M239 : (En estudio) GONALGIA					
<b>Anamnesis e historia clínica</b>					
NO ALERGIA					
QX AMIGDALECTOMIA					
NO P.B					
PCTE CONSULTA CON SU PADRE POR CC DE 4 DIAS DE EVOLUCION DADO POR GONALGIA IZQUIERDA POSTERIOR A REALIZAR EJERCIO FISICO. SE EXACAERBA CON LA MACHA					
AL E.F LEVE LIMITACION PARA LA FLEXION SIN DEFORMIDAD NI CAMBIO DE COLORACION.					
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>					
KETOROLACO: 30 MG IM					
<b>Procedimientos</b>					
INYECCION INTRAMUSCULAR					
<b>Indicaciones al alta</b>					
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:					
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14870018)</b>					
LEONEL ALEXANDER MARTINEZ SOTO					
MEDICO APS					
25663338-2					

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 provisional, 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.