



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR PEDRO DE VALDIVIA

NUMERO DE ATENCION: 12021222

ADMISSION: 21/04/2022 18:32		INICIO DE ATENCION: 21/04/2022 20:58		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: MATILDA RAYEN CABEZAS SOFERREY		RUT: 23172439 - 7		TELEFONO: 45062200 (CELULAR)							
DIRECCION: HUASCARAN PEDRO DE VALDIVIA N°1733		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 12 años 5 meses 8 días (13/11/2009)		PREVISION: FONASA - A									
SIGNOS VITALES											
Hora:		21/04/2022 18:56									
Temperatura Axilar:		36.6 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:		94 [x]									
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:		98 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I							
Dolor, EVA:											
Distresado:		NO		SI - NO							
Motivo de Consulta											
REF: HOY DURANTE LA TARDE EN EL COLEGIO, SE RESBALA DE LA ESCALERA TORCIENDOSE EL TOBILLO IZQ											
Funcionario Que Atiende											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matrán(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											
Origen de la Procedencia											
DOMICILIO											
Otros Datos											
* NINGUNO											
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"/> Contundente		<table border="1"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="3"></td></tr></table>		Hora aproximada del hecho					
Hora aproximada del hecho											
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública		<input type="checkbox"/> Arma de Fuego									
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Explosión									
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor									
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frio									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro									
<input type="checkbox"/> Agresión sexual											
<input type="checkbox"/> Otro											
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° 12021222)											
S934 : ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO											
Anamnesis e historia clínica											
REFIERE LESION EN TOBILLO IZQ POSTERIOR A CAERSE DE SUS PIES, CON LIMITACION FUNCIONAL Y AUMENTO DE VOL. ACUDE A BOX DEAMBULANDO.											
TOBILLO: AUMENTO DE VOL EN MALEOLO MEDIAL, SIN HEMATOMA, SIN LIMITACION DE RANGOS ARTICULARES, PULSOS+											
Procedimientos e indicaciones en box											
RX TOBILLO AP/MORTAJA (SIN FX)											
Indicaciones al alta											
CALOR LOCAL 15-20 MIN 2-3 VECES/DÍA X 3 D IBUPROFENO 400 MG, 1 COMP C/ 8 HRS POR 3 DÍAS CICLOBENZAPRINA 10MG 1/2 COMPC/24H POR 3DÍAS CONTROL CONSULTORIO EN CASO DE PERSISTIR SINTOMATOLOGÍA CONSULTAR URGENCIAS SOS											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12021222)											
RAFAEL JOAQUIN BUITRAGO HOLMQUIST MÉDICO APS 25839355-4											
Resultado aplicación protocolo selector de demanda											
C5											
Condición del paciente al cierre de atención											
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo											
<input type="checkbox"/> Fallecido											
Destino Inmediato del Paciente											
Alta domicilio											
Sin control											
Categorización Cierre Atención											
C5											

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.