



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 16220090

60B

ADMISION: 12/11/2025 18:15		INICIO DE ATENCION: 12/11/2025 18:30		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: ISABELLA BEATRIZ PEREZ AUSENSI		RUT : 24371123 - 1		TELEFONO: 98429977 (CELULAR)							
DIRECCION: CALLE PEDRO DE MENDOZA N° 01828, LOS CONQUISTADORES TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 12 años 2 meses 20 días (23/08/2013)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - B							
<b>SIGNOS VITALES</b>				<b>Motivo de Consulta</b>							
Hora : 12/11/2025 18:19				[ACC ESCOLAR] TORSIÓN TOBILLO IZQ° EVO:17:50							
Temperatura Axilar: 36.5 [°C]				<b>Observaciones Categorización</b> [ACC ESCOLAR] TORSIÓN TOBILLO IZQ° EVO: 17:45							
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca: 103 [x]											
Frecuencia Respiratoria:				<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							
Saturometría: 100 [%]											
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA		A - V - D - I									
Dolor, EVA:				<b>Tipo de Consulta :</b> INFANTIL							
Distresado: NO		SI - NO		<b>Atención Manifestación Social:</b> NO <b>Tipo de Paciente:</b> NO APLICA							
				<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>							
<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"/> VVS <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" style="width:100%"><tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <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		DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO									
				<b>Hora aproximada del hecho</b> :							
<b>Diagnóstico (DAU N° 16220090)</b> S934 : ESGUINES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO		<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4									
<b>Anamnesis e historia clínica</b> AM: - RAM: AAS, IBUPROFENO. ALERGIAS ALIMENTARIAS +  PACIENTE INGRESA EN COMPAÑIA DE SUS PADRES EN PRACTICA DEPORTIVA SUFRE INVERSIÓN DE TOBILLO IZQUIERDO EVOLUCIONANDO CON DOLOR Y DIFICULTAD PARA CAMINAR.  PACIENTE INGRESA EN SILLA DE RUEDAS LEVE AUMENTO DE VOLUMEN EN MALEOLO LATERAL IZQUIERDO, SIN DEFORMIDAD, SIN EQUIMOSIS MOVILIDAD PASIVA Y ACTIVA NORMAL SIN DOLOR EN BASE DE 5TO METATARSIANO		<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 Indicación Sin Hospitalización: Información.  <b>Categorización Cierre Atención</b> C4									
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> RX DE TOBILLO AP-LAT-OBL IZQ RX DE RODILLA AP-LAT IZQ  SIN LESIONES EVIDENTES.											
<b>Indicaciones al alta</b> REPOSO EN CASA POR 2 DIAS USO DE TOBILLERA DE NEOPRENO O INMOVILIZACION POR 3-5 DIAS REPOSO DEPORTIVO POR ESTA SEMANA FRIO LOCAL EN ZONA DE DOLOR POR 20 MIN C/8H POR 1 DIA MANTENER PIERNA EN ALTO PARACETAMOL 500MG 2 TAB C/8H SI DOLOR  EN CASO DE DOLOR INTENSO, DIFICULTAD PARA CAMINAR. RECONSULTAR											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 16220090)</b>  OSWALDO ARTURO CARRASQUEL GAGO MEDICO APS 26512593-K  Oswaldo Carrasquel Gago 26.512.593-K Médico Cirujano											

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.