



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 16220090

603

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		TELÉFONO: 98429977 (CELULAR)	
DIRECCION: CALLE PEDRO DE MENDOZA Nº 01828, LOS CONQUISTADORES COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
EDAD: 12 años 2 meses 20 dias (23/08/2013)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINA)		PREVISION: FONASA - B	
SÍGNOS VITIALES					
Hora :	12/11/2025 18:19				
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	103 [']				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	100 [%]				
Latidos Cardí - Fetales:					
Fieroglucomet:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	NO	SI - NO			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Motivo de Consulta [ACC ESCOLAR] TORSIÓN TOBILLO IZQ° EV:17:45 </div> <div style="width: 45%;"> Observaciones Categorización [ACC ESCOLAR] TORSIÓN TOBILLO IZQ° EVO: 17:45 </div> </div>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 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="width: 45%;"> Tipo de Consulta : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA </div> </div>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Origen de la Procedencia DESCONOCIDO </div> <div style="width: 45%;"> 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"/> 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"/> Puntante <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	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 16220090) 934 : ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4					
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido					
Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación: Sin Hospitalización: Información.					
Categorización Cierre Atención C4					
Procedimientos e indicaciones en box RX DE TOBILLO AP-LAT-OBL IZQ RX DE RODILLA AP-LAT IZQ SIN LESIONES EVIDENTES.					
Indicaciones al alta REPOSO EN CASA POR 2 DIAS USO DE TOBILLERA DE NEOPRENO O INMOVILIZACION POR 3-5 DIAS REPOSO DEPORTIVO POR ESTA SEMANA FRIÓ LOCAL EN ZONA DE DOLOR POR 20 MIN C/8H POR 1 DIA MANTENER PIERNAS EN ALTO PARACETAMOL 500MG 2 TAB C/8H SI DOLOR EN CASO DE DOLOR INTENSO, DIFICULTAD PARA CAMINAR. RECONSULTAR					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16220090) Cwaldo Carrasquel Gago 26.512.593-K Médico Cirujano					