



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15529584

306

ADMISSION: 21/04/2025 15:50		INICIO DE ATENCION: 21/04/2025 16:58		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: EMILIA IGNACIA DIAZ LEAL		RUT: 25451015 - 7	TELEFONO: 53106386 (CELULAR)								
DIRECCION: EDINTTON 2146 VILLA FLORENCIA		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):								
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:	PREVISION: FONASA - B								
EDAD: 8 años 9 meses 1 días (20/07/2016)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)									
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Hora:	21/04/2025 16:11										
Temperatura Axilar:	36.1 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	94 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	99 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	NO	SI - NO									
<b>Motivo de Consulta</b>			ACCIDENTE ESCOLAR, CAÍDA DESDE LA ESCALERA, DOLOR PIE IZQUIERDO (COLEGIO PROVIDENCIA)								
<b>Observaciones Categorización</b>			ACC. ESCOLAR, CAÍDA DESDE LA ESCALERA, DOLOR PIE IZQUIERDO (COLEGIO PROVIDENCIA)								
<b>Funcionario Que Atiende</b>			<b>Tipo de Consulta:</b> INFANTIL								
<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											
			<b>Atención Manifestación Social:</b> NO								
			<b>Tipo de Paciente:</b> 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>		<b>Elemento Causante</b>		<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>ANO</td></tr><tr><td>21</td><td>04</td><td>2025</td></tr></table>		DIA	MES	ANO	21	04	2025
DIA	MES	ANO									
21	04	2025									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><td colspan="3"><b>Hora aproximada del hecho</b></td></tr><tr><td colspan="3">14 : 07</td></tr></table>		<b>Hora aproximada del hecho</b>			14 : 07		
<b>Hora aproximada del hecho</b>											
14 : 07											
<input checked="" 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"/> Frío									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input checked="" type="checkbox"/> Otro									
<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>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>											
<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones											
<input checked="" 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° 15529584)</b>											
S903 : CONTUSION DEL PIE											
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>											
C4											
<b>Anamnesis e historia clínica</b>											
ACUDE ACOMPAÑADA DE MADRE REIFERE QUE HOY EN CLASES SUFRE CAIDA EN ESCALERA TORSIENDOE AMPOS TOBILLOS Y GOLPEANDOSE EN PIE DERECHO											
AM:ASMA											
ALERGIAS:-											
PESO 31,5											
AL EX FISICO BCG											
TOBILLO IZQUIERDO SIN AUMENTO NI EQUIMOSIS											
DOLOR A LA PALPACION EN ZONA ANTERIOR A MALEOLO											
PIE DERECHO											
PRESENTA DOLOR A LA PALPACION EN REALIZACION A 5TO METATARSIANO EN ZONA DISTAL											
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>											
RX DE PIE SIN RASGO DE FRACTURA EVIDENTE											
<b>Indicaciones al alta</b>											
REPOSO EN DOMICILIO POR 2 DIAS											
REPOSO DEPORTIVO POR 5 DIAS											
FRIO LOCAL											
DICLOFENACO 50MG 1 CADA 12 HORAS POR 3 DIAS											
URGENCIAS EN CASO DE DOLOR											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15529584)</b>											
PABLO SEBASTIAN BLASCHKE QUEZADA											
MEDICO APS											
2068369-5											

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.