



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

3º B

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15529584

ADMISION: 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 COMUNA: TEMUCO EDAD: 8 años 9 meses 1 dias (20/07/2016)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
		SEXO (GENERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - B	
SIGNS VITALES					
Hora :	21/04/2025 16:11				
Temperatura Axilar:	36.1 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardiaca:	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			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> Motivo de Consulta ACCIDENTE ESCOLAR, CAÍDA DESDE LA ESCALERA , DOLOR PIE IZQUIERDO (COLEGIO PROVIDENCIA) </div> <div style="flex: 1;"> Observaciones Categorización ACC. ESCOLAR, CAÍDA DESDE LA ESCALERA , DOLOR PIE IZQUIERDO (COLEGIO PROVIDENCIA) </div> </div>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> 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="flex: 1;"> 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="flex: 1;"> Origen de la Procedencia DOMICILIO </div> <div style="flex: 1;"> 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 checked="" 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	<input type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input checked="" type="checkbox"/> Otro	<table border="1" style="width: 100px; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>ANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>21</td> <td>04</td> <td>2025</td> </tr> </tbody> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> Hora aproximada del hecho 14 : 07 </div>	DIA	MES	ANO	21	04	2025
DIA	MES	ANO						
21	04	2025						
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral								
<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								

Diagnóstico (DAU Nº 15529584)

S903 : CONTUSION DEL PIE

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

Condición del paciente al cierre de atención

 Vivo
 Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

 Alta domicilio
 Con indicación de tratamiento en su estab.

 Destino:
 Fecha de Indicación Sin
 Hospitalización: Información.

Categorización Cierre Atención

C4

Anamnesis e historia clínica

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

Procedimientos e indicaciones en box

RX DE PIE SIN RASGO DE FRACTURA EVIDENTE

Indicaciones al alta

 REPOSO EN DOMICILIO POR 2 DIAS
 REPOSO DEPORTIVO POR 5 DIAS
 FRIÓ LOCAL
 DICLOFENACO 50MG 1 CADA 12 HORAS POR 3 DIAS
 URGENCIAS EN CASO DE DOLOR

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15529584)

 PABLO SEBASTIAN BLASCHKE QUEZADA
 MEDICO APS
 20683669-5

 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.