



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 12389743

IA.

ADMISION: 22/08/2022 21:44		INICIO DE ATENCION: 22/08/2022 23:01		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																														
NOMBRE: MATILDA GUTIÉRREZ HINOJOSA DIRECCION: SECTOR HUILLINCO CAMINO NIAGARA EDAD: 16 años 1 meses 11 dias (11/07/2006)		RUT: 22157676 - 4 SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		TELEFONO: 96258285 (CELULAR) PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A																														
<b>SIGNOS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>22/08/2022 21:48</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.4 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>125 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>83 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>81 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometria:</td><td>99 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	22/08/2022 21:48	Temperatura Axilar:	36.4 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:	125 [mmHg]	Presión Diastólica:	83 [mmHg]	Frecuencia Cardiaca:	81 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometria:	99 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:			Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	22/08/2022 21:48																																	
Temperatura Axilar:	36.4 [°C]																																	
Temperatura Rectal:																																		
Presión Sistólica:	125 [mmHg]																																	
Presión Diastólica:	83 [mmHg]																																	
Frecuencia Cardiaca:	81 ['x]																																	
Frecuencia Respiratoria:																																		
Saturometria:	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> 2 DOSIS VAC. COVID SUFRE CAIDA EN COLEGIO ,TORCEDURA TOBILLO IZQUIERDO																																		
<b>Funcionario Que Atiende</b> <table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td><td colspan="2">Tipo de Consulta : ADULTO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td><td colspan="2">Atención Manifestación Social: NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td><td colspan="2">Tipo de Paciente: NO APLICA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td><td colspan="2"></td></tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : ADULTO		<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO		<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA		<input type="checkbox"/> Enfermero(a)			<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo													
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : ADULTO																																	
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO																																	
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																																	
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)																																		
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																																		
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																																		
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																																		
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																																		
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <td><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td><b>Elemento Causante</b></td> <td colspan="3"><b>Fecha Aproximada del Hecho</b></td> </tr> <tr> <td> <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"/> Agresión sexual  <input type="checkbox"/> Otro         </td> <td> <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"/> Frio  <input type="checkbox"/> Otro         </td> <td><b>DIA</b></td> <td><b>MES</b></td> <td><b>AÑO</b></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3">Hora aproximada del hecho : :</td> </tr> </table>						<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"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Otro	<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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>				Hora aproximada del hecho : :															
<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"/> Agresión sexual <input type="checkbox"/> Otro	<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"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>																														
			Hora aproximada del hecho : :																															
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td></tr> </table>						<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																								
<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																																		
<b>Diagnóstico (DAU Nº 12389743)</b> <b>S934 : ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO</b>																																		
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> <input type="checkbox"/> C5																																		
<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																																		
<b>Categorización Cierre Atención</b> <input type="checkbox"/> C5																																		
<b>Anamnesis e historia clínica</b> MADR REFIERE INIICO DE SINTOMAS DESDE HRS DE LA TARDE CUANDO POSTERIOR A FLEXION FORZADA DE TOBILLO IZWUIERDO PRESENTA DOLOR  ANTECEDENTES MEDICOS: NIEGA RAM: NIEGA  -ANTECEDENTE MEDICOS; DESTACA LEVE DOLOR A LA MOVILIZACION ACTIA Y PASIV DE TOBILLO DERECHO, SIN HEMATOMA, SIN DEFORMIDAD, SIN CREPITOS OSEOS. RX SIN EVIDENCIA DE FX																																		
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> RX DE TOBILLO IZQUIERDO DICLOFNAKO IM.																																		
<b>Indicaciones al alta</b> -PARACETAMOL 500MG CADA 8HRS POR 5 DIAS -IBUPROFENO 400MG CADA 8HRS POR 3 DIAS -CICLOBENZAPINA 10MG CADA 24HRS POR 5 DIAS (1 HORA ANTES DE DORMIR) -REPOSO EN DOMICILIO POR 7 DIAS -HIELO LOCAL -EXPLICO SINTOMAS DE ALARMA																																		
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 12389743)</b>  Ana GABRIELA RIVERO TORRES MEDICO APS 26577063-0																																		

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.