

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 14315259

6<sup>2</sup>B

ADMISION: 11/04/2024 15:44	INICIO DE ATENCION: 11/04/2024 16:41	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: JOSSEFA FERNANDA UMAÑA ÁLAMOS	RUT : 24206909 - 9	TELÉFONO: 89192864 (CELULAR)
DIRECCION: CAUPOLICAN 1196	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
COMUNA: TEMUCO	SEXO (GÉNERO):	MUJER PREVISION: FONASA - B
EDAD: 11 años 1 meses 22 dias (20/02/2013)		
<b>SÍGNOS VITALES</b>		
Hora : 11/04/2024 15:59		
Temperatura Axilar: 37.3 [°C]		
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardiaca: 107 [x]		
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría: 99 [%]		
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucostest:		
Estado de Conciencia (AVDI): ALERTA	A - V - D - I	
Dolor, EVA: 6 [x]		
Distresado: NO	SI - NO	
<b>Motivo de Consulta</b>		
ACCIDENTE ESCOLAR ( COLEGIO PROVIDENCIA) CAIDA TORSION MANO IZQ		
<b>Observaciones Categorización</b>		
ACCIDENTE ESCOLAR ( COLEGIO PROVIDENCIA) CAIDA TORSION MANO IZQ, DIF PARA EL MOVIMIENTO, SOLLOZA, RESPONDE PREGUNTAS RAM(-) AM(-)		
<b>Funcionario Que Atiende</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL	
<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	Origen de la Procedencia	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	DESCONOCIDO	
<b>Otros Datos</b>		
* NINGUNO		

## EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

<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 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-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input checked="" type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>04</td> <td>2024</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td>15 : 10</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	11	04	2024	Hora aproximada del hecho	15 : 10
DIA	MES	AÑO								
11	04	2024								
Hora aproximada del hecho										
15 : 10										
<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										

## Diagnóstico (DAU Nº 14315259)

5635 : ESGUINCE MUÑECA

## 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

ACCIDENTE ESCOLAR - ACOMPAÑADA DE MADRE

AM : NIEGA CX : NIEGA  
FCOS : NIEGA RAM : NIEGA

REFIERE EN ED FISICA SUFRE CAIDA A NIVEL AFIRMANDOSE CON MANO IZQ , EVOLUCIONA CON DOLOR EN MUÑECA .

INGRESA EUCARDICA , EUPNEICA , AFEBRIL .  
VIGIL HIDRATADO BIEN PERFUNDIDO , TRC < 2 SEG  
MUÑECA CON LEVE AUMENTO DE VOLUMEN A NIVEL DE RADIO DISTAL, FLEXO-EXTENSION LIMITADA POR DOLOR . NO SE PALPAN ESCALONES OSEOS, NEUROVASCULAR OK

## Procedimientos e indicaciones en box

RX MUÑECA AP-L: SIN SIGNOS DE LESIONES OSEAS AGUDAS

CABESTRILLO

## Procedimientos

PROCEDIMIENTO PARA EXPLORACIONES RADIOLOGICAS (INCLUYE MANIOBRA E INYECCION DEL MEDIO DE CONTRASTE)

## Indicaciones al alta

REPOSO EN CASA POR 3 DÍAS , EVITAR REALIZAR ESFUERZO FISICO DE ZONA AFECTADA, USO DE CABESTRILLO

REPOSO DEPORTIVO POR 2 SEMANAS

HIENO EN ZONA AFECTADA 10 MIN , POR 4 VECES AL DÍA

DICLOFENACO 50 MG , 1 CADA 8 HORAS POR 3 DÍ

SI SINTOMAS PERSISTEN POR MÁS DE 10 DIAS, SOLICITAR HORA DE CONTROL EN POLICLÍNICO DE CONSULTORIO PARA EVALUAR

EVOLUCIÓN DE LESIÓN, Y POSIBILIDAD DE KINESIOTERAPIA MOTORA DE SE NECESARIO

ACUDIR A URGENCIAS ANTE SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS

## Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 14315259)

 MARCELO ALEJANDRO GÁJARDO LIMARÍ  
 MEDICO APS  
 19195588-0

 DR MARCELO GÁJARDO  
 LIMARÍ  
 MEDICO APS  
 19195588-0  
 ECOBIRUJANDO

LLAME A SALUD RESPONDE 600 360 7777 Profesionales de la salud atendiendo sus dudas las 24 horas, los 7 días de la semana.

La respuesta 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.