



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15620234

4A

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----|--------------------------------------|--|-------------------------------|--|-----|-----|-----|----|----|------|
| ADMISSION: 19/05/2025 15:10 | | INICIO DE ATENCION: 19/05/2025 16:25 | | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS | | | | | | | |
| NOMBRE: ISIDORA PASCAL RAIN HERNANDEZ | | RUT: 24954827 - 8 | | TELEFONO: 49161755 (CELULAR) | | | | | | | |
| DIRECCION: CALLE VILUMILLA 960 S/N | | PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO | | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): | | | | | | | |
| COMUNA: PADRE LAS CASAS | | DECLARADO: | | PREVISION: FONASA - B | | | | | | | |
| EDAD: 10 años 1 meses 8 días (11/04/2015) | | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) | | | | | | | | | |
| SIGNOS VITALES | | | | | | | | | | | |
| Hora: | | 19/05/2025 15:31 | | | | | | | | | |
| Temperatura Axilar: | | 36.3 [°C] | | | | | | | | | |
| Temperatura Rectal: | | | | | | | | | | | |
| Presión Sistólica: | | | | | | | | | | | |
| Presión Diastólica: | | | | | | | | | | | |
| Frecuencia Cardíaca: | | 77 [x] | | | | | | | | | |
| Frecuencia Respiratoria: | | | | | | | | | | | |
| Saturometría: | | 97 [%] | | | | | | | | | |
| Latidos Cardio - Fetales: | | | | | | | | | | | |
| Hemoglucotest: | | | | | | | | | | | |
| Estado de Conciencia (AVDI): | | ALERTA | | A - V - D - I | | | | | | | |
| Dolor, EVA: | | | | | | | | | | | |
| Distresado: | | NO | | SI - NO | | | | | | | |
| Motivo de Consulta ACCIDENTE ESCOLAR, SE DOBLA RODILLA DERECHA (COLEGIO PROVIDENCIA) | | | | | | | | | | | |
| Observaciones Categorización ACCIDENTE ESCOLAR, SE DOBLA RODILLA DERECHA (COLEGIO PROVIDENCIA) | | | | | | | | | | | |
| Funcionario Que Atiende | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médico | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Odontólogo | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Matrán(a) | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermero(a) | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Kinesiólogo | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Consulta: INFANTIL | | | | | | | | | | | |
| Atención Manifestación Social: NO | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Paciente: NO APLICA | | | | | | | | | | | |
| Origen de la Procedencia DOMICILIO | | | | | | | | | | | |
| Otros Datos * NINGUNO | | | | | | | | | | | |
| EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES | | | | | | | | | | | |
| Naturaleza 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 | | | | | | | | | | | |
| Elemento Causante | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Contundente | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cortante | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Punzante | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Corto-punzante | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Arma de Fuego | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Explosión | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Calor | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Frío | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Otro | | | | | | | | | | | |
| Fecha Aproximada del Hecho | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>19</td><td>05</td><td>2025</td></tr></table> | | | | | | DIA | MES | AÑO | 19 | 05 | 2025 |
| DIA | MES | AÑO | | | | | | | | | |
| 19 | 05 | 2025 | | | | | | | | | |
| Hora aproximada del hecho 14 : 30 | | | | | | | | | | | |
| 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 N° 15620234) 0000 : TORSION DE RODILLA | | | | | | | | | | | |
| Anamnesis e historia clínica ACUDE POR ACC ESCOLAR REFIERE TORSION DE RODILLA DERECHA. 14.30 APROX SIN OTROS SINTOMAS ASOCIADOS AM (-) AL (-) EF BEG, CLOTE, VIGIL, TRANQUILA HDN ESTABLE MUCOSAS ROSADAS E HIDRATADAS, PERFUSION DISTAL CONSERVADA RODILLA DER: ROM, FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADOS. SIN DEFORMIDAD NI LESIONES EVIDENTES. TEMPANO (-), LACHMAN (-), BOSTEZOS (-), CAJON (-), APLEY (-) MARCHA CONSERVADA SIN FOCALIDAD NEUROLOGICA, PARES CRANEALES CONSERVADOS SIN OTROS HALLAZGOS PATOLOGICOS AL EXAMEN | | | | | | | | | | | |
| Procedimientos e indicaciones en box | | | | | | | | | | | |
| Indicaciones al alta PARACETAMOL 500 MG 2 COMP C/8H POR 5 DÍAS DICLOFENACO 50 MG 1 COMP C/8H POR 4 DÍAS HIELO LOCAL 20-30 MIN 3 VECES AL DIA REPOSO EN CASA POR 2 DÍAS A PARTIR DE HOY CONTROL EN SU CONSULTORIO PARA SEGUIMIENTO MEDICO, EN CASO DE NECESIDAD | | | | | | | | | | | |
| Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15620234) IGNACIO ANDRÉS GONZÁLEZ CASTILLO MEDICO APS 18635642-6 | | | | | | | | | | | |

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

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.