

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15620234

4A

ADMISION: 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 COMUNA: PADRE LAS CASAS EDAD: 10 años 1 meses 8 dias (11/04/2015)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO):		NINGUNO PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): MUJER (FEMENINO) PREVISION: FONASA - B																																								
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr> <td>Hora :</td> <td>19/05/2025 15:31</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>36.3 [°C]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardiaca:</td> <td>77 ['x]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometría:</td> <td>97 [%]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglucotest:</td> <td></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 :	19/05/2025 15:31		Temperatura Axilar:	36.3 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	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
Hora :	19/05/2025 15:31																																											
Temperatura Axilar:	36.3 [°C]																																											
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:																																												
Presión Diastólica:																																												
Frecuencia Cardiaca:	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"/> Matrón(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 <table border="1"> <tr> <td>Naturaleza del Hecho</td> <td>Elemento Causante</td> <td>Fecha Aproximada del Hecho</td> </tr> <tr> <td> <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 </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"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro </td> <td> <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> <table border="1"> <tr> <td>Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td>14 : 30</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>						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"/> 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 type="checkbox"/> Otro	<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> <table border="1"> <tr> <td>Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td>14 : 30</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	19	05	2025	Hora aproximada del hecho	14 : 30																									
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"/> 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 type="checkbox"/> Otro	<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> <table border="1"> <tr> <td>Hora aproximada del hecho</td> </tr> <tr> <td>14 : 30</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	19	05	2025	Hora aproximada del hecho	14 : 30																																		
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																																												
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4																																												
Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> 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																																												
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 DÍA 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 MÉDICO APS 18635642-A																																												

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.