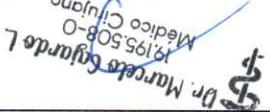


FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15510230

IB

ADMISION: 15/04/2025 05:35		INICIO DE ATENCION: 15/04/2025 05:54		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																
NOMBRE: ADRIANNY GUERRERO MOLERO		RUT (P): 60832425 - 9		TELÉFONO: Sin información																
DIRECCION: MACKENNA 137 COMUNA: TEMUCO EDAD: 10 años 3 meses 12 dias (03/01/2015)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A																
SÍGNOS VITALES																				
Hora :	15/04/2025 05:42																			
Temperatura Axilar:	36 [°C]																			
Temperatura Rectal:																				
Presión Sistólica:																				
Presión Diastólica:																				
Frecuencia Cardíaca:	84 [x]																			
Frecuencia Respiratoria:	20 [x]																			
Saturometría:	99 [%]																			
Latidos Cardio - Fetales:																				
Hemoglucotest:																				
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																		
Dolor, EVA:																				
Distresado:	SI - NO	SI - NO																		
Motivo de Consulta REF. SE DOBLA DEDO MEÑIQUE, MANO IZQUIERDA (MIRAFLORES) 3 DIAS DE EVO.																				
Observaciones Categorización REF: SE DOBLA DEDO MEÑIQUE, MANO IZQUIERDA																				
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> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td> <table border="1"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <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 </td> </tr> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho			<table border="1"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO				Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <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		
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho																		
		<table border="1"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO															
DIA	MES	AÑO																		
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <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																				
Diagnóstico (DAU Nº 15510230) S636 : ESGUINCES Y TORCEDURAS DE DEDO(S) DE LA MANO																				
				Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4																
Anamnesis e historia clínica AM NJEGA RAM NIEGA REFIERE HACE 2 DIAS CAIDA A NIVEL APOYANDOSE CON MANO IZQ , REFIERE QUE SE DOBLA DEDO MEÑIQUE , EVOLUCIONA CON DOLOR PARA MOVILIZAR. INGRESA EUCARDICA , EUPNEICA , AFEBRIL . VIGIL HIDRATADO BIEN PERFUNDIDO , TRC < 2 SEG DEDO CON AUMENTO DE VOLUMEN A NIVEL DE ARTICULACIÓN IF DISTAL , DOLOROSO A LA PALPACIÓN , REPRODUCE DOLOR A LA EXTENSIÓN Y FLEXIÓN FORZADA DE DEDO , RANGOS ARTICULARES LIMITADOS POR DOLOR . SENSIBILIDAD CONSERVADA . SIN CLINODACTILIA . SIN DOLOR EPICRÍTICO ESPECÍFICO																				
				Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido																
Procedimientos e indicaciones en box RX MANO AP-O :SIN LESIONES OSEAS AGUDAS.																				
				Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab.																
Indicaciones al alta REPOSO EN CASA CON FÉRULA POR 5 DÍAS, LUEGO RETIRAR Y MOVILIZAR PROGRESIVAMENTE REPOSO DEPORTIVO POR 1-2 SEMANAS HIENO EN ZONA AFECTADA 10 MIN , POR 4 VECES AL DIA IBUPROFENO 400 MG SOS SI DOLOR SI SINTOMAS PERSISTEN POR MÁS DE 10 DIAS, SOLICITAR HORA DE CONTROL EN POLICLÍNICO DE SU CESFAM PARA EVALUAR EVOLUCIÓN DE LESIÓN, Y POSIBILIDAD DE KINESIOTERAPIA MOTORA DE SE NECESARIO ACUDIR A URGENCIAS ANTE SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS																				
				Categorización Cierre Atención C4																
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15510230) MARCELO ALEJANDRO GAJARDO LIMARÍ MEDICO APS 19195508-0 																				

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.