



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15510230

ADMISSION: 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		TELEFONO: Sin informacion							
DIRECCION: MACKENNA 137		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A							
EDAD: 10 años 3 meses 12 días (03/01/2015)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)									
SIGNOS VITALES											
Hora :		15/04/2025 05:42									
Temperatura Axilar:		36 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardiaca:		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"/> Matron(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		Elemento Causante		Fecha Aproximada del Hecho							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<table border="1"><thead><tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td></td><td>:</td></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>		Hora aproximada del hecho			:		
Hora aproximada del hecho											
	:										
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico		<input type="checkbox"/> Corto-punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública		<input type="checkbox"/> Arma de Fuego									
<input type="checkbox"/> Agresión		<input type="checkbox"/> Explosión									
<input type="checkbox"/> Riña		<input type="checkbox"/> Calor									
<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar		<input type="checkbox"/> Frío									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro		<input type="checkbox"/> Otro									
<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											
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 N° 15510230)											
S636 : ESGUINCES Y TORCEDURAS DE DEDO(S) DE LA MANO											
Anamnesis e historia clínica											
AM NIEGA 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 ESPECIFICO											
Procedimientos e indicaciones en box											
RX MANO AP-O :SIN LESIONES OSEAS AGUDAS.											
Indicaciones al alta											
REPOSO EN CASA CON FÉRULA POR 5 DÍAS, LUEGO RETIRAR Y MOVILIZAR PROGRESIVAMENTE REPOSO DEPORTIVO POR 1-2 SEMANAS HIELO 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											
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 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.