

IDB

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU NUEVA IMPERIAL

NUMERO DE ATENCION: 14244570

ADMISSION: 20/03/2024 17:58		INICIO DE ATENCION: 20/03/2024 19:15		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: CRISTINA ANDREA KRAUSE SANTIBAÑEZ		RUT: 22522449 - 8		TELEFONO: 98884289 (CELULAR)	
DIRECCION: SAN MIGUEL N°1612 STA TERESA		PUEBLO ORIGINARIO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: NUEVA IMPERIAL		DECLARADO:		PREVISION: CONSALUD	
EDAD: 16 años 5 meses 12 días (08/10/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

  

<b>SIGNOS VITALES</b>			<b>Motivo de Consulta</b>		
Hora:	20/03/2024 18:31		DOLOR LUMBAR LADO IZQUIERDO QUE IRRADIA A GLUTEO Y PIERNA DEL MISMO LADO, CON IMPOTENCIA AL MOVIMIENTO		
Temperatura Axilar:	36,7 [°C]		<b>Observaciones Categorización</b> LUMBOCIATICA IZQ, IMPOTENCIA PARA REALIZAR MOVIMIENTOS NORMALES  <b>Funcionario Que Atiende</b> <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		
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:	103 [mmHg]				
Presión Diastólica:	65 [mmHg]				
Frecuencia Cardíaca:	102 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	99 [%]				
Latidos Cardíaco - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:	8 [x]		<b>Funcionario Que Atiende</b> <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		
Distresado:	NO	SI - NO	<b>Tipos de Consulta:</b> ADULTO  <b>Atención Manifestación Social:</b> NO <b>Tipo de Paciente:</b> NO APLICA  <b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO  <b>Otros Datos</b> * NINGUNO		

  

<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>									
<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input 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"/> 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 type="checkbox"/> Otro							
<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>		<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		DÍA	MES	AÑO				<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	
DÍA	MES	AÑO							
<b>Hora aproximada del hecho</b>									

  

<b>Diagnóstico (DAU N° 14244570)</b>		<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>	
M544 : LUMBOCIATICA		C4	
<b>Anamnesis e historia clínica</b>		<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>	
AM: (-) RAM: (-) CX: (-)  PACIENTE CONSULTA POR DOLOR LUMBAR DE 1 DIA DE EVOLUCION IRRRADIADO A PIERNA IZQUIERDA. NIEGA TRAUMA.  EF: DOLOR A LA PALPACION EN MUSCULATURA PARAVERTEBRAL IZQUIERDA TEPE (+) A IZQUIERDA		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido	
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>		<b>Destino Inmediato del Paciente</b>	
		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.	
<b>Indicaciones al alta</b>		<b>Categorización Cierre Atención</b>	
- REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DIAS - NO REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS NI EDUCACION FICA POR 7 DIAS - APLICAR CALOR LOCAL PO 10 - 20 MIN 3 VECES AL DIA - PARACETAMOL 500 MG 1 COMP CADA 8 HRS VO POR 3 DIAS - DICLOFENACO 50 MG 1 COMP CADA 8 HRS VO POR 3 DIAS - CONSULTAR EN URGENCIA SOS		C4	
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14244570)</b>			
ANDREA MACARENA HERRERA CONEJEROS MEDICO APS 18199006-4			

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.