



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 14292183

B6A:

ADMISION: 04/04/2024 15:03		INICIO DE ATENCION: 04/04/2024 16:08		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: GENESIS BELEN GERTNER CALFIN		RUT : 23196564 - 5		TELEFONO: 67002811 (CELULAR)					
DIRECCION: CALLE MALVOA N° 945, SAN ANTONIO COMUNA: TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
EDAD: 14 años 4 meses 6 dias (29/11/2009)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A					
SIGNS VITALES									
Hora :	04/04/2024 15:10								
Temperatura Axilar:	36.3 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardiaca:	91 ['x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometria:	99 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor, EVA:									
Distresado:	NO	SI - NO							
Motivo de Consulta COLEGIO PROVIDENCIA ACC. ESCOLAR.. SUFRE CAIDA...TORSION TOBILLO DERECHO..									
Observaciones Categorización ACC. ESCOLAR, SUFRE CAIDA Y TORSION TOBILLO DERECHO RAM (-) MORB (-)									
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									
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho							
<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	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho				
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </table>									:
			:						
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° 14292183) S934 : ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO									
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4									
Indicaciones al alta REPOSO EN CASA MAÑANA MANTENER PIE EN ALTO FRIO LOCAL EN ZONA DE DOLOR POR 20 MIN C/8H POR 3 DIAS PARACETAMOL 500MG 2 TAB C/8H SI DOLOR DICLOFENACO 50MG 1 COMP C/8H SI DOLOR NO CEDE REPOSO DEPORTIVO HASTA DIA MARTES SI PRESENTA DIFICULTAD PARA MOVER EL PIE, DOLOR INTENSO EL DIA LUNES, RECONSULTAR									
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14292183)									
OSWALDO ARTURO CARRASQUEL GAGO MEDICO APS 26512593-K <i>Dr. Oswaldo Carrasquel Rut: 26.512.593-X Médico Cirujano</i>									