

## FORMULARIO DE ATENCIÓN DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 14532051

IB.

ADMISION: 11/06/2024 10:20		INICIO DE ATENCION: 11/06/2024 10:43		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: CAROLINA ÑANCUNAF ÑANCUNAF		RUT: 23291909 - 4		TELÉFONO: 59159585 (CELULAR)							
DIRECCION: CALLE LLAUPEQUE COMUNA: PADRE LAS CASAS EDAD: 14 años 2 meses 7 días (04/04/2010)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A							
<b>SIGNS VITALES</b>											
Horas:	11/06/2024 10:25										
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardiaca:	107 ['x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	98 [%]										
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:	1 ['x]										
Distresado:	NO	SI - NO									
<p><b>Motivo de Consulta</b> COLEGIO PROVIDENCIA ACC. ESCOLAR.. TORSION TOBILLO DERECHO...EVOL..HOY ( P.L.C )</p> <p><b>Observaciones Categorización</b> COLEGIO PROVIDENCIA ACC. ESCOLAR.. TORSION TOBILLO DERECHO...EVOL..HOY ( P.L.C )</p> <p><b>Funcionario Que Atiende</b> <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo</p> <p><b>Tipo de Consulta</b>: INFANTIL</p> <p><b>Atención Manifestación Social</b>: NO <b>Tipo de Paciente</b>: NO APLICA</p> <p><b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO</p> <p><b>Otros Datos</b> * NINGUNO</p>											
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>											
<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>									
<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"/> 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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input checked="" type="checkbox"/> Otro	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>						
<table border="1"> <tr> <td>11</td> <td>06</td> <td>2024</td> <td colspan="3">09 : 30</td> </tr> </table>						11	06	2024	09 : 30		
11	06	2024	09 : 30								
<p><b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b></p> <p><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</p>											
<p><b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4</p> <p><b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido</p> <p><b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación: Sin Hospitalización: Información.</p> <p><b>Categorización Cierre Atención</b> C1 C2 C3 C4 C5</p>											
<p><b>Procedimientos e indicaciones en box</b></p> <p>RX TOBILLO AP - L - O : SIN LESIONES OSEAS AGUDAS</p> <p>VENDA COMPRESIVA</p> <p><b>Procedimientos</b> PROCEDIMIENTO PARA EXPLORACIONES RADIOLOGICAS (INCLUYE MANIOBRA E INYECCION DEL MEDIO DE CONTRASTE)</p> <p><b>Indicaciones al alta</b></p> <p>REPOSO EN CASA POR 5 DÍAS , APOYAR PIE AFECTADO PROGRESIVAMENTE SIN GENERAR DOLOR EN EXCESO. REPOSO DEPORTIVO POR 2 SEMANAS HIELO EN ZONA AFECTADA 10 MIN , POR 4 VECES AL DÍA EN MOMENTOS DE DESCANSO , MANTENER EL PIE AFECTADO EN ELEVACIÓN USO DE VENDA COMPRESIVA , IR RETIRANDO SEGUN ESTABILIDAD DE TOBILLO DICLOFENACO 50 MG , 1 CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS SI SINTOMAS PERSISTEN POR MÁS DE 10 DÍAS SOLICITAR HORA DE CONTROL EN POLICLÍNICO DE CONSULTORIO PARA EVALUAR EVOLUCIÓN DE LESIÓN, Y POSIBILIDAD DE KINESIOTERAPIA MOTORA DE SE NECESARIO ACUDIR A URGENCIAS ANTE SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS</p>											
<p><b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14532051)</b></p> <p>Dr. Marcelo Gajardo Lira Medico APS 19195508-0</p>											

LLAVE 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 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.