

Josef Arca Salda e i mas ten cas

IV-A



# FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15674830

ADMISSION: 04/06/2025 09:53		INICIO DE ATENCION: 04/06/2025 10:24		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS							
NOMBRE: NATALY ANTONELA LONCON LIZAMA		RUT: 22470885 - 8		TELEFONO: 37460923 (CELULAR)							
DIRECCION: CALLE MA?IUOCO		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
COMUNA: GALVARINO		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - B							
EDAD: 17 años 10 meses 16 días (19/07/2007)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)									
<b>SIGNOS VITALES</b>											
Hora:		04/06/2025 10:03									
Temperatura Axilar:		37.2 [°C]									
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:		142 [mmHg]									
Presión Diastólica:		100 [mmHg]									
Frecuencia Cardíaca:		94 [x]									
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:		98 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I							
Dolor, EVA:											
Distresado:		NO		SI - NO							
<b>Motivo de Consulta</b>											
ACCIDENTE ESCOLAR, EN CLASE DE ED. FISICA SE CAE GOLPEÁNDOSE BRAZO DERECHO (COLEGIO PROVIDENCIA)											
<b>Observaciones Categorización</b>											
ACCIDENTE ESCOLAR, EN CLASE DE ED. FISICA SE CAE GOLPEÁNDOSE MUÑECA DERECHA Y DOLOR EN ZONA LUMBAR (COLEGIO PROVIDENCIA)											
<b>Funcionario Que Atiende</b>											
<input checked="" type="checkbox"/> Médico											
<input type="checkbox"/> Odontólogo											
<input type="checkbox"/> Matrn(a)											
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)											
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico											
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo											
Tipo de Consulta: ADULTO											
Atención Manifestación Social: NO											
Tipo de Paciente: NO APLICA											
Origen de la Procedencia											
DOMICILIO											
Otros Datos											
* NINGUNO											
<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 checked="" type="checkbox"/> Contundente		<table><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>ANO</td></tr><tr><td>04</td><td>06</td><td>2025</td></tr></table>		DIA	MES	ANO	04	06	2025
DIA	MES	ANO									
04	06	2025									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table><tr><td colspan="3">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="3">09 : 20</td></tr></table>		Hora aproximada del hecho			09 : 20		
Hora aproximada del hecho											
09 : 20											
<input checked="" 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											
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>											
<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											
<b>Diagnóstico (DAU N° 15674830)</b>											
S602 : CONTUSION DE LA MUÑECA											
S300 : CONTUSION SACROCOXIGEIA											
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b>											
C4											
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b>											
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo											
<input type="checkbox"/> Fallecido											
<b>Destino Inmediato del Paciente</b>											
Alta domicilio											
Sin control											
Destino:											
Fecha de Indicación Sin											
Hospitalización: Información.											
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>											
RX MUÑECA AP/LAT Y SACROCOCCIGEO SIN COMPROMISO OSEO											
CABESTRILLO ACCIDENTE ESCOLAR											
<b>Procedimientos</b>											
PROCEDIMIENTO PARA EXPLORACIONES RADIOLOGICAS (INCLUYE MANIOBRA E INYECCION DEL MEDIO DE CONTRASTE)											
<b>Indicaciones al alta</b>											
REPOSO ESCOLAR POR 3 DIAS											
REPOSO DEPORTIVO POR 7 DIAS											
SENTARSE EN COJIN PICARON											
FRIO LOCAL											
DICLOFENACO 50MG C/8HRS POR 5 DIAS											
URGENCIAS SOS											
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15674830)</b>											
Dr. Cristian Crisostomo Barra											
Rut: 19.076.708-6											
Médico											

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.