

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15401093

K2.

ADMISION: 12/03/2025 12:53		INICIO DE ATENCION: 12/03/2025 14:36	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS			
NOMBRE: AMPARO IGNACIA SEPÚLVEDA PEREZ		RUT : 27043561 - 0	TELEFONO: 58917737 (CELULAR)			
DIRECCION: CALLE PUERTO DOMINGUEZ 02421 COMUNA: TEMUCO EDAD: 5 años 5 meses 3 dias (09/10/2019)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - C			
<b>SIGNS VITALES</b>						
Hora :	12/03/2025 12:57					
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]					
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:						
Presión Diastólica:						
Frecuencia Cardiaca:	93 ['x]					
Frecuencia Respiratoria:						
Saturometría:	99 [%]					
Latidos Cardio - Fetales:						
Hemoglucotest:						
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I				
Dolor, EVA:						
Distresado:	NO	SI - NO				
<p><b>Motivo de Consulta</b> REF. CAIDA DE LA ESCALERA, GOLPE PIerna IZQUIERDA (VILLA ALEGRE) 3 DIAS DE EVO.</p> <p><b>Observaciones Categorización</b> REF. CAIDA DE LA ESCALERA, GOLPE PIerna IZQUIERDA (VILLA ALEGRE) 3 DIAS DE EVO.</p> <p><b>Funcionario Que Atiende</b>  <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         </p> <p><b>Tipo de Consulta : INFANTIL</b></p> <p><b>Atención Manifestación Social: NO</b></p> <p><b>Tipo de Paciente: NO APLICA</b></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 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>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>	
<table border="1"> <tr> <td>:</td> </tr> </table> <p><b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b></p> <p> <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         </p>						:
:						
<b>Diagnóstico (DAU Nº 15401093)</b>			Resultado aplicación protocolo selector de demanda			
0000 : CONTUSIÓN DEL MUSLO IZQUIERDO.			<table border="1"> <tr> <td>C4</td> </tr> </table>			C4
C4						
<b>Anamnesis e historia clínica</b>			Condición del paciente al cierre de atención			
AM: NO. ACOMPAÑADA POR FAMILIAR. HACE 3 DIAS CAYO DE UNA ESCALERA GOLPEANDO SU MUSLO IZQUIERDO. AL EX FISICO EN BCG. EN MUSLO IZQUIERDO SE OBSERVA EQUIMOSIS ANTIGUA DE APROXIMADAMENTE 8 CMS DE DIAMETRO, SIN AUMENTO DE VOLUMEN, LEVEMENTE SENSIBLE AL TACTO. MOVILIDAD CONSERVADA. MARCHA CONSERVADA.			<table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Vivo</td> </tr> </table>			<input checked="" type="checkbox"/> Vivo
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo						
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>			Destino Inmediato del Paciente			
EX FISICO.			<p>Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab.</p> <p>Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.</p>			
<b>Indicaciones al alta</b>			Categorización Cierre Atención			
REPOSO POR HOY. ABUNDANTE LIQUIDO. IBUPROFENO 200MG/5ML 8 ML C/8 HR POR 3 DIAS. CONTROL EN SU CESFAM. ACUDIR A URGENCIAS EN CASO DE SINTOMAS DE ALARMA.			<table border="1"> <tr> <td>C4</td> </tr> </table>			C4
C4						
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15401093)</b>						
CRISTIAN ALBERTO ROIG BARRÍA MEDICO APS 18472655-6						

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.