



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15401093

K^o.

ADMISSION: 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		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO:		PREVISION:	
EDAD: 5 años 5 meses 3 días (09/10/2019)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		FONASA - C	
SIGNOS VITALES					
Hora :		12/03/2025 12:57			
Temperatura Axilar:		36.6 [°C]			
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:		93 [x]			
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:		99 [%]			
Latidos Cardíaco - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):		ALERTA		A - V - D - I	
Dolor, EVA:					
Distresado:		NO		SI - NO	
Motivo de Consulta					
REF. CAIDA DE LA ESCALERA, GOLPE PIERNA IZQUIERDA (VILLA ALEGRE)					
3 DIAS DE EVO.					
Observaciones Categorización					
REF. CAIDA DE LA ESCALERA, GOLPE PIERNA IZQUIERDA (VILLA ALEGRE)					
3 DIAS DE EVO.					
Funcionario Que Atiende					
<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					
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"/> Contundente		DÍA	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		MES	
<input type="checkbox"/> Accidente escolar		<input type="checkbox"/> Punzante		AÑO	
<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					
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					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda					
C4					
Condición del paciente al cierre de atención					
<input checked="" type="checkbox"/> Vivo					
<input type="checkbox"/> Fallecido					
Destino Inmediato del Paciente					
Alta domicilio					
Con indicación de tratamiento en su estab.					
Destino:					
Fecha de Indicación Sin					
Hospitalización: Información.					
Categorización Cierre Atención					
C4					
Diagnóstico (DAU N° 15401093)					
0000 : CONTUSION DEL MUSLO IZQUIERDO.					
Anamnesis e historia clínica					
AM: NO.					
ACOMPANADA 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.					
Procedimientos e indicaciones en box					
EX FISICO.					
Indicaciones al alta					
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.					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15401093)					
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.