

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15692059

ADMISSION: 09/06/2025 13:43		INICIO DE ATENCION: 09/06/2025 15:12		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS					
NOMBRE: ARIELA ANAIS HUINCA MARIN		RUT : 24262413 - 0		TELEFONO: 48890922 (CELULAR)					
DIRECCION: MILLENTE KM-6.5 PARADERO LAS NOVIAS, COMUNA: SECTOR RINCONADA, COM. JUAN ANTONIO FREIRE		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):					
EDAD: 12 años 1 meses 14 dias (26/04/2013)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A					
SIGNS VITALES									
Hora :	09/06/2025 13:53								
Temperatura Axilar:	36 [°C]								
Temperatura Rectal:									
Presión Sistólica:									
Presión Diastólica:									
Frecuencia Cardíaca:	95 [x]								
Frecuencia Respiratoria:									
Saturometria:	98 [%]								
Latidos Cardio - Fetales:									
Hemoglucotest:									
Estado de Conciencia (AVD):	ALERTA	A - V - D - I							
Dolor, EVA:	NO	SI - NO							
Distresado:									
Motivo de Consulta ACCIDENTE ESCOLAR (COLEGIO PROVIDENCIA) CAÍDA TORSIÓN TOBILLO IZQ									
Observaciones Categorización ACCIDENTE ESCOLAR (COLEGIO PROVIDENCIA) CAÍDA TORSIÓN TOBILLO IZQ									
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> Puntzante <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 Nº 15692059) S934 : ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO									
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 Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.									
Categorización Cierre Atención C4									
Anamnesis e historia clínica									
AM: - ALERGIAS: -									
PACIENTE EN COMPAÑIA DE SU MADRE REFIERE QUE HOY SUFRE CAÍDA CON TORSIÓN DE PIE IZQUIERDO EVOLUCIONANDO CON DOLOR									
PACIENTE CAMINA POR SUS PROPIOS MEDIOS AUMENTO DE VOLUMEN LEVE MALEOLAR LATERAL IZQUIERDO, SIN DERRAME, EDEMA, EQUIMOSIS MOVILIDAD CONSERVADA									
Procedimientos e indicaciones en box RX DE TOBILLO SIN LESIONES									
Indicaciones al alta REPOSO DEPORTIVO POR UNA SEMANA PARACETAMOL 500MG 1 TAB C/8H POR 3 DIAS IBUPROFENO 400MG 1 TAB C/8H POR 3 DIAS MANTENER PIERNA EN ALTO MANTENER INMOVILIZACION POR 3 DIAS/ SI DOLOR EMPEORA, DIFICULTAD PARA MOVER EL PIE NO MEJORA, RECONSULTAR									
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15692059) OSWALDO ARTURO CARRASQUEL GAGO MEDICO APS 26512593-K									

LLANE 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 diagnósticos 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.