



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: MILLELCHE KM-6.5 PARADERO LAS NOVIAS, SECTOR RINCONADA, COM. JUAN ANTIMAN FREIRE		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):							
EDAD: 12 años 1 meses 14 días (26/04/2013)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A							
SIGNOS VITALES											
Hora :	09/06/2025 13:53										
Temperatura Axilar:	36 [°C]										
Temperatura Rectal:											
Presión Sistólica:											
Presión Diastólica:											
Frecuencia Cardíaca:	95 [x]										
Frecuencia Respiratoria:											
Saturometría:	98 [%]										
Latidos Cardíaco - Fetales:											
Hemoglucotest:											
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I									
Dolor, EVA:											
Distresado:	NO	SI - NO									
Motivo de Consulta											
ACCIDENTE ESCOLAR (COLEGIO PROVIDENCIA) CAÍDA TORSION TOBILLO IZQ											
Observaciones Categorización											
ACCIDENTE ESCOLAR (COLEGIO PROVIDENCIA) CAÍDA TORSION 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											
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		<table border="1"><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1"><tr><th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th></tr><tr><td colspan="3"></td></tr></table>		Hora aproximada del hecho					
Hora aproximada del hecho											
<input 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											
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 N° 15692059)											
S934 : ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO											
Anamnesis e historia clínica											
AM: -											
ALERGIAS: -											
PACIENTE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE											
REFIERE QUE HOY SUFRE CAÍDA CON TORSION 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 N° 15692059)											
OSWALDO ARTURO CARRASQUEL GAGO											
MEDICO APS											
26512593-K											

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 diagnósticos provisionales, 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.