



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 15662050

11A.

ADMISION: 31/05/2025 16:58	INICIO DE ATENCION: 31/05/2025 17:08	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: BELEN ALEXANDRA LLANQUIN AVILA	RUT : 23100864 - 0	TELEFONO: 82420197 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE LAS PERDICES N° 1685, VISTA VERDE	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
COMUNA: TEMUCO	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - A
EDAD: 15 años 9 meses 14 dias (17/08/2009)		
SÍGNOS VITALES		
Hora :	31/05/2025 17:05	31/05/2025 17:24
Temperatura Axilar:	36 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	100 [mmHg]	
Presión Diastólica:	64 [mmHg]	
Frecuencia Cardiaca:	97 ['x]	82 ['x]
Frecuencia Respiratoria:	14 ['x]	16 ['x]
Saturometría:	97 [%]	97 [%]
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:	0 ['x]	
Distresado:	NO	SI - NO
Motivo de Consulta FLUJO NO RESPIRATORIO (AMANECER)		
Observaciones Categorización SUFRE INVERSION FORZADA DE PIE IZQ. EVOL. CON DEFORMIDAD, AUMENTO DE VOL Y DOLOR		
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 : ADULTO 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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <div style="text-align: right;">Hora aproximada del hecho : :</div>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						
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 15662050) S935 : ESGUINCES Y TORCEDURAS DE DEDO(S) DEL PIE	Resultado aplicación protocolo selector de demanda C3
--	---

Anamnesis e historia clínica AM (-) FCOS (-) RAM (-) CX: ONICECTOMIA REFIERE HACE UNA HORA INVERSION FORZADA DE PIE IZQUIERDO QUE EVOLUCIONA CON DOLOR, LEVE AUMENTO DE VOLUMEN Y EQUIMOSIS EN BASE DE PRIMER ORTEJO DE PIE IZQUIERDO.	Condición del paciente al cierre de atención <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
---	---

Procedimientos e indicaciones en box RX TOBILLO AP-LAT Y MORTAJA SIN FRACTURA RX PIE IZQUIERDO SIN FRACTURA	Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Procedimientos PROCEDIMIENTO PARA EXPLORACIONES RADIOLOGICAS (INCLUYE MANIOBRA E INYECCION DEL MEDIO DE CONTRASTE)	Categorización Cierre Atención C4

Indicaciones al alta FRIO LOCAL REPOSO CON PIE EN ALTO DICLOFENACO 50 MG 1 CADA 8 HRS POR 3 DIAS PARACETAMOL 500 MG 1 CADA 8 HRS POR 3 DIAS URGENCIAS SOS REPOSO DEPORTIVO POR 10 DIAS REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DIAS SE EXTIENDE EL PRESENTE DOCUMENTO A MODO DE CERTIFICADO MEDICO PARA JUSTIFICAR REPOSO EN DOMICILIO DESDE HOY 31/05 HASTA EL MARTES 3/6, PUEDE REINCORPORARSE DESDE EL MIERCOLES 4/6
--

Envio a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU Nº 15662050)								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha Envío</th> <th>Fecha Regreso</th> <th>Tipo</th> <th>Comentario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>31/05/2025 17:16</td> <td>31/05/2025 18:09</td> <td>OBSEVACION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario	31/05/2025 17:16	31/05/2025 18:09	OBSEVACION	
Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario					
31/05/2025 17:16	31/05/2025 18:09	OBSEVACION						
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15662050)								
 ALEJANDRA VALDIVIA CARO MEDICO APS 17365484-7								

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.