


FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 12376584

ADMISION: 18/08/2022 23:30	INICIO DE ATENCION: 19/08/2022 02:16	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS												
NOMBRE: ANAIS STEFANY ARELLANO SANDOVAL	RUT: 22980974 - 1	TELEFONO: 86103434 (CELULAR)												
DIRECCION: NAHUE 1780		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):												
EDAD: 13 años 5 meses 12 dias (07/03/2009)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	PREVISION: FONASA - B												
SÍGNOS VITALES														
Línea:	18/08/2022 23:33													
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]													
Temperatura Rectal:														
Presión Sistólica:														
Presión Diastólica:														
Frecuencia Cardiaca:	67 [x]													
Frecuencia Respiratoria:														
Saturometría:	100 [%]													
Latidos Cardio - Fetales:														
Hemoglucotest:														
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I												
Dolor, EVA:														
Distresos:	SI - NO	SI - NO												
Motivo de Consulta REFIERE DOLOR, INFLAMACIÓN EN MANO DERECHA POR GOLPE														
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"/> 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"/> 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"/> Frío <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> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Hora aproximada del hecho</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">:</td> </tr> </tbody> </table>	DIA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho			:		
DIA	MES	AÑO												
Hora aproximada del hecho														
:														
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° 12376584) S635 : ESGUINCE MUÑECA		Resultado aplicación protocolo selector de demanda												
		C5												
Anamnesis e historia clínica														
FEMENINO DE 13 AÑOS DE EDAD ACUDE CON CLÍNICA DE DOLOR Y LIMITACIÓN FUNCIONAL REFIERE QUE LUEGO DE CONTUSIÓN DE MANO LUEGO DURANTE JUEGO DE VOLEIBOL.														
AM: (-) ALERGIA:(-) QX:(-) VACUNAS: PNI AL DIA (3) DOSIS PESO: 52 KG ANTEC PERINATALES: RNT, PARTO NORMAL HOSPITALIZACIONES: POR H1N1 ESCOLARIDAD: ASISTE 8º BASICO														
EXAMEN FÍSICO: PACIENTE HDN ESTABLE CON BUENA COLORACIÓN CUTÁNEO MUCOSA, LLENE CAPILAR <2 SEG MANO: CON LIGERO AUMENTO DE VOLUMEN DOLOROSO Y HEMATOMA PERILESIONAL CON LIMITACIÓN A MOVILIDAD ACTIVA														
Procedimientos e indicaciones en box														
EVALUACION Y TTO DICLOFENACO AMP 75 MG 2 ML IM														
Indicaciones al alta														
EDUCACIÓN EN SIGNOS DE ALARMA MEDIDAS GENERALES <input checked="" type="checkbox"/> PARACETAMOL COPM 500 MG 1 CADA 8 HRAS POR 3 DIAS <input checked="" type="checkbox"/> DICLOFENACO COMP 50 MG 1 CADA 8 HRAS POR 5 DIAS <input checked="" type="checkbox"/> APlicar frío local <input checked="" type="checkbox"/> ACUDIR A CONTROL EN SU CESFAM CON MEDICO <input checked="" type="checkbox"/> CONTROL EN CONSULTORIO EN CASO DE PERSISTENCIA DE SINTOMAS <input checked="" type="checkbox"/> PREVENIR CONTAGIO DE INFECCIONES ALIMENTACIÓN COMPLETA: ABUNDANTES LÍQUIDOS REGIMEN LIVIANO Y FRACCIONADO REPOSO MEDICO POR 7 DIAS														
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12376584)														
JAIRO DANIEL LUGO GUIÑAN MEDICO APS 26566878-K														