

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 14492371

ADMISSION: 29/05/2024 20:15		INICIO DE ATENCION: 29/05/2024 20:57		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: AYLIN CARLA ARAVENA FUENTES		RUT: 23721600 - 8		TELEFONO: 2555050 (FJO)	
DIRECCION: CALLE LLAFENCO KM 15		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: PUCON		DECLARADO:		PREVISION:	
EDAD: 14 años 4 meses 28 días (01/01/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		EJERCITO (CAPREDENA)	
SIGNOS VITALES					
Hora:	29/05/2024 20:16				
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	90 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	97 [%]				
Latidos Cardíaco - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:	4 [x]				
Distresado:	NO	SI - NO			
Motivo de Consulta					
MADRE REFIERE ACCIDENTE ESCOLAR ,SE TORCIO TOBILLO EN EDUCACION FISICA					
Observaciones Categorización					
MADRE REFIERE ACCIDENTE ESCOLAR ,SE TORCIO TOBILLO EN EDUCACION FISICA					
Funcionario Que Atiende					
<input checked="" type="checkbox"/> Médico					
<input type="checkbox"/> Odontólogo					
<input type="checkbox"/> Matron(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					
<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					
Elemento Causante					
<input type="checkbox"/> Contundente					
<input type="checkbox"/> Cortante					
<input type="checkbox"/> Punzante					
<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					
Fecha 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° 14492371)					
S934 : ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO					
0000 : GRADO I					
Anamnesis e historia clínica					
ANT MÓRBIDOS NO					
ALERGIAS NO					
MADRE REFIERE ACCIDENTE ESCOLAR ,SE TORCIO TOBILLO EN EDUCACION FISICA					
AL EXAMEN FISICO					
BUEN ASPECTO GENERAL					
SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA					
CONJUNTIVAS ROSADAS					
MUCOSAS HIDRATADAS					
TOBILLO IZQ SIN EQUIMOSIS SIN EDEMA LOCAL					
SIN IMPOTENCIA FUNCIONAL					
Procedimientos e indicaciones en box					
RX DE TOBILLO IZQ SIN SIGNOS DE FRACTURA					
Indicaciones al alta					
REPOSO MEDICO POR 3 DIAS					
REPOSO DE ACTIVIDAD FISICA POR 2 SEMANAS					
SE SUGIERE USO DE BOTA DE DESCARGA POR 1 SEMANA					
IBUPROFENO 400 MG 1 CADA 8 HORAS EN CASO DE DOLOR					
CONTROL MEDICO EN SU CESFAM EVALUAR DERIVACIÓN A KINESIOLOGÍA					
CONSULTAR A URGENCIA SOS					
Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU N° 14492371)					
Fecha Envío Fecha Regreso Tipo Comentario					
29/05/2024 21:15 OBSERVACION					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14492371)					
ALVARO COLIPE HUENUL					
MEDICO APS					
16389052-6					

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.