

7eA.



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CAJON

NUMERO DE ATENCION: 14492371

ADMISION: 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		TELÉFONO: 2555050 (FIJO)	
DIRECCION: CALLE LLAFENCO KM 15		PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: PUCON		DECLARADO:			
EDAD: 14 años 4 meses 28 días (01/01/2010)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: EJERCITO (CAPREDENA)	
SIGNS VITALES					
Hora :	29/05/2024 20:16				
Temperatura Axilar:	36.8 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardiaca:	90 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	97 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:	4 [x]				
Distresos:	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 Tipo de Consulta : INFANTIL <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Matrón(a) <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Kinesiólogo					
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"/> Rifa <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
					:
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 14492371)					
S934 : ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO 0000 : GRADO I					
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 Con indicación de tratamiento en su estab.					
Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.					
Categorización Cierre Atención					
<input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> C5					
Procedimientos e Indicaciones en box					
RX DE TOBILLO IZQ SIN SIGNOS DE FRACTURA					
Indicaciones al alta					
REPOSO MEDICO POR 3 DIAS REPOSO DE ACTIVIDAD FÍSICA 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					
Envio a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU Nº 14492371)					
Fecha Envío	Fecha Regreso	Tipo	Comentario		
29/05/2024 21:15		OBSERVACION			
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 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.					