



MUNICIPIO CIUDADANO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSULTORIO: \_\_\_\_\_

## CERTIFICADO MÉDICO

El Médico que suscribe, certifica haber examinado personalmente a don (a) \_\_\_\_\_

Jesús Sefulveda RUT.: 24585056-5

Quien se encuentra en:

☐

Buenas Condiciones de Salud

☒

Reposo Por: 5 días, con Diagnóstico de: Esguinas

de la mano

Se extiende el presente certificado a petición del interesado (a) para ser presentado en:

Colegio

Dr. Dawins Choul  
Médico general  
Run. 26.656.951-3

Nombre y Firma del Médico

Temuco, 23/05/2014

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 provisional, 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.

# FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 14469744

42A

FECHA DE ATENCION: 23/05/2024 18:27 INICIO DE ATENCION: 23/05/2024 18:50 MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS

NOMBRE: VALENTINA ALEJANDRA SEPULVEDA MONSALVEZ RUT: 24585056 - 5 TELEFONO: 96480580 (CELULAR)

DIRECCION: CALLE BRINDISI 2094 S/N PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):

COMUNA: TEMUCO SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO) PREVISION: FONASA - B

EDAD: 10 años 1 meses 21 días (02/04/2014)

### SIGNOS VITALES

Hora:	23/05/2024 18:35	
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	99 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	96 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I*
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

### Motivo de Consulta

MAMA REFIERE DOLOR DEDO X ACCIDENTE EN COLEGIO

### Observaciones Categorización

MAMA REFIERE DOLOR DEDO X ACCIDENTE EN COLEGIO  
REFIERE DOLOR  
SE PRESENTA CON DEDO INMOVILIZADO

### Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico  
☐ Odontólogo  
☐ Matron(a)  
☐ Enfermero(a)  
☐ Técnico Paramédico  
☐ 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	Hora aproximada del hecho		
		DIA	MES	AÑO	
<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"/> Punzante <input type="checkbox"/> Corto-punzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Otro				

**Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral**

☐ Paciente sin lesiones  
☐ Leve (0 - 14 días)  
☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)  
☐ Grave (30 días o más)  
☐ Se requieren exámenes complementarios

### Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C4

### Condición del paciente al cierre de atención

- ☒ Vivo  
☐ Fallecido

### Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio  
Con indicación de tratamiento en su estab.

Destino:  
Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.

### Categorización Cierre Atención

C4

### Diagnóstico (DAU N° 14469744)

S636 : ESGUINCES Y TORCEDURAS DE DEDO(S) DE LA MANO

### Anamnesis e historia clínica

MADRE CONSULTA CON PACIENTE POR PRESENTAR DOLOR DE DEDO ANULAR DE MANO DERECHA TRAS CAÍDA EN EL COLEGIO EL DÍA DE HOY, REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR.

RAM; NO

OBSERVO DEDO ANULAR SIN INFLAMACIÓN NI CAMBIO DE COLORACIÓN, SIN LIMITACIÓN A LA FLEXIÓN NI EXTENSIÓN.

### Procedimientos e indicaciones en box

FÉRULA DEDO ANULAR DERECHA 10 DÍAS.

### Indicaciones al alta

REPOSO 2 DÍAS  
PARACETAMOL 500 MG CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS  
IBUPROFENO TAB 400 MG CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS  
CONTROL EN POLI SOS  
CONTROL URGENCIA SOS

### Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14469744)

DAWINS CHOUL CHOUL  
MEDICO APS  
26656951-3

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.