

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

## CERTIFICADO MÉDICO

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

Julentim Sepulveda RUT: 24585156-5

Quien se encuentra en:

Buenas Condiciones de Salud

Reposo Por: 5 días, con Diagnóstico de: Esguince

dejo de la mano

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

Colayro

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 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.

# FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAPU AMANECER

NUMERO DE ATENCION: 14469744

421.

VISION: 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 DECLARADO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																											
COMUNA: TEMUCO	SEXO (GÉNERO): MUJER	PREVISION: FONASA - B																																											
EDAD: 10 años 1 meses 21 dias (02/04/2014)																																													
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Hora :</td> <td>23/05/2024 18:35</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Axilar:</td> <td>36.7 [°C]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Rectal:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Sistólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión Diastólica:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Cardiaca:</td> <td>99 ['x]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Respiratoria:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturometria:</td> <td>96 [%]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Latidos Cardio - Fetales:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hemoglucotest:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estado de Conciencia (AVDI):</td> <td>ALERTA</td> <td>A - V - D - I'</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dolor, EVA:</td> <td>NO</td> <td>SI - NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distresado:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Hora :	23/05/2024 18:35		Temperatura Axilar:	36.7 [°C]		Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	99 ['x]		Frecuencia Respiratoria:			Saturometria:	96 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I'		Dolor, EVA:	NO	SI - NO		Distresado:			
Hora :	23/05/2024 18:35																																												
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]																																												
Temperatura Rectal:																																													
Presión Sistólica:																																													
Presión Diastólica:																																													
Frecuencia Cardiaca:	99 ['x]																																												
Frecuencia Respiratoria:																																													
Saturometria:	96 [%]																																												
Latidos Cardio - Fetales:																																													
Hemoglucotest:																																													
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I'																																											
Dolor, EVA:	NO	SI - NO																																											
Distresado:																																													
<b>Motivo de Consulta</b> MAMA REFIERE DOLOR DEDO X ACCIDENTE EN COLEGIO																																													
<b>Observaciones Categorización</b> MAMA REFIERE DOLOR DEDO X ACCIDENTE EN COLEGIO REFIERE DOLOR SE PRESENTA CON DEDO INMOVILIZADO																																													
<b>Funcionario Que Atiende</b> <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		<b>Tipo de Consulta</b> : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA																																											
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																																													
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																																													

## EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

<b>Naturaleza del Hecho</b>	<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>						
<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-punzante <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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33.33%;">DIA</td> <td style="width: 33.33%;">MES</td> <td style="width: 33.33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <b>Hora aproximada del hecho</b> :	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO						
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>								
<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								
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4								
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido								
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación: Sin Hospitalización: Información.								
<b>Categorización Cierre Atención</b> C4								
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14469744)</b> 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.