



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15619767

ADMISSION: 19/05/2025 12:37	INICIO DE ATENCION: 19/05/2025 12:50	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS
NOMBRE: CATALINA SILVANA GUERRERO VARGAS	RUT: 22310748 - 6	TELEFONO: 41817272 (CELULAR)
DIRECCION: PILCUNCHE S/N CAMINO A VILCUN	PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):
COMUNA: VILCUN	DECLARADO:	PREVISION: FONASA - B
EDAD: 18 años 3 meses 29 días (20/01/2007)	SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)	

SIGNOS VITALES		
Hora:	19/05/2025 12:45	
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	106 [mmHg]	
Presión Diastólica:	57 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	82 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	98 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta	
ACCIDENTE ESCOLAR, EN CLASES DE VOLEIBOL SE DOBLÓ DEDO PULGAR MANO DERECHA (LICEO PROVIDENCIA)	
Observaciones Categorización	
ACCIDENTE ESCOLAR, EN CLASES DE VOLEIBOL SE DOBLÓ DEDO PULGAR MANO DERECHA (LICEO PROVIDENCIA)	
Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta: ADULTO
<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	
	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							
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input checked="" type="checkbox"/> Contundente	<table><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>19</td><td>05</td><td>2025</td></tr></table>	DIA	MES	AÑO	19	05	2025	<table><tr><td>10 : 00</td></tr></table>	10 : 00
DIA	MES	AÑO								
19	05	2025								
10 : 00										
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante									
<input checked="" type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-punzante									
<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública	<input type="checkbox"/> Arma de Fuego									
<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Explosión									
<input type="checkbox"/> Riña	<input type="checkbox"/> Calor									
<input type="checkbox"/> Violencia Intrafamiliar	<input type="checkbox"/> Frío									
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input type="checkbox"/> Otro									
<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										

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral	
<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones	
<input checked="" 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	

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° 15619767)

0000 : TORSION DE DEDO

Anamnesis e historia clínica

ACUDE POR ACC ESCOLAR
REFIERE TORSION DE PULGAR DER JUGANDO VOLLEYBALL. 10.00 APROX
SIN OTROS SINTOMAS ASOCIADOSAM (-)
AL (-)EF
BEG, CLOTE, VIGIL, TRANQUILA
HDN ESTABLE
MUCOSAS ROSADAS E HIDRATADAS, PERFUSION DISTAL CONSERVADA
MANO DER: ROM, FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADA. MOVILIZACION Y FUERZA Y DE PULGAR DER LIMITADO POR DOLOR SIN
DEFORMIDAD NI LESIONES EVIDENTES.
SIN FOCALIDAD NEUROLOGICA, PARES CRANEALES CONSERVADOS
SIN OTROS HALLAZGOS PATOLOGICOS AL EXAMEN

Procedimientos e indicaciones en box

RX PULGAR DER AP-L-O
SIN RASGO FRACTUARIO EVIDENTE, ARTICULACION CONGRUENTE

Indicaciones al alta

PARACETAMOL 500 MG 1 COMP C/8H POR 5 DÍAS
DICLOFENACO 50 MG 1 COMP C/8H POR 4 DÍAS
HIELO LOCAL 20-30 MIN 3 VECES AL DIA
REPOSO EN CASA POR 3 DÍAS A PARTIR DE HOY
REPOSO DEPORTIVO POR 1 SEMANA
CONTROL EN SU CONSULTORIO PARA SEGUIMIENTO MEDICO, EN CASO DE NECESIDAD

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15619767)

IGNACIO ANDRÉS GONZÁLEZ CASTILLO
MÉDICO APS
18635642-K

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.