

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15619767

10 A.

ADMISION: 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: MUJER	PREVISION: FONASA - B																											
EDAD: 18 años 3 meses 29 dias (20/01/2007)		SEXO (GÉNERO): (FEMENINO)																												
SIGNS VITALES <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td>19/05/2025 12:45</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td>36.6 [°C]</td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td>106 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td>57 [mmHg]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td>82 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td></td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td>98 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>SI - NO</td></tr> </table>					Hora :	19/05/2025 12:45	Temperatura Axilar:	36.6 [°C]	Temperatura Rectal:		Presión Sistólica:	106 [mmHg]	Presión Diastólica:	57 [mmHg]	Frecuencia Cardiaca:	82 ['x]	Frecuencia Respiratoria:		Saturometría:	98 [%]	Latidos Cardio - Fetales:		Hemoglucotest:		Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	Dolor, EVA:	NO	Distresado:	SI - NO
Hora :	19/05/2025 12:45																													
Temperatura Axilar:	36.6 [°C]																													
Temperatura Rectal:																														
Presión Sistólica:	106 [mmHg]																													
Presión Diastólica:	57 [mmHg]																													
Frecuencia Cardiaca:	82 ['x]																													
Frecuencia Respiratoria:																														
Saturometría:	98 [%]																													
Latidos Cardio - Fetales:																														
Hemoglucotest:																														
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA																													
Dolor, EVA:	NO																													
Distresado:	SI - NO																													
Motivo de Consulta ACCIDENTE ESCOLAR, EN CLASES DE VOLEIBOL SE DOBLÓ DEDO PULGAR MANO DERECHA (LICEO PRÓVIDENCIA)																														
Observaciones Categorización <table border="1"> <tr><td>Funcionario Que Atiende</td><td>Tipo de Consulta : ADULTO</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Médico</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Odontólogo</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Matrón(a)</td><td>Atención Manifestación Social: NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermero(a)</td><td>Tipo de Paciente: NO APLICA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico Paramédico</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Kinesiólogo</td><td></td></tr> </table>					Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta : ADULTO	<input checked="" type="checkbox"/> Médico		<input type="checkbox"/> Odontólogo		<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Atención Manifestación Social: NO	<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA	<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		<input type="checkbox"/> Kinesiólogo													
Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta : ADULTO																													
<input checked="" type="checkbox"/> Médico																														
<input type="checkbox"/> Odontólogo																														
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Atención Manifestación Social: NO																													
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA																													
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico																														
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo																														
Origen de la Procedencia DOMICILIO																														
Otros Datos * NINGUNO																														
EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES <table border="1"> <tr><td>Naturaleza del Hecho</td><td>Elemento Causante</td><td>Fecha Aproximada del Hecho</td></tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input checked="" 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 </td><td> <input checked="" type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro </td><td> <table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td>19</td><td>05</td><td>2025</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td>Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td>10 : 00</td></tr> </table> </td></tr> </table>					Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td>19</td><td>05</td><td>2025</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td>Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td>10 : 00</td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO	19	05	2025	Hora aproximada del hecho	10 : 00												
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho																												
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Puntzante <input type="checkbox"/> Corto-puntzante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td>19</td><td>05</td><td>2025</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td>Hora aproximada del hecho</td></tr> <tr><td>10 : 00</td></tr> </table>	DIA	MES	AÑO	19	05	2025	Hora aproximada del hecho	10 : 00																				
DIA	MES	AÑO																												
19	05	2025																												
Hora aproximada del hecho																														
10 : 00																														
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios</td></tr> </table>					<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																					
<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																														
Diagnóstico (DAU Nº 15619767) 0000 : TORSION DE DEDO																														
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> 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"/> C4																														
Procedimientos e indicaciones en box RX PULGAR DER AP-L-0 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 DÍA 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 Nº 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.