



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 16167699

8ºA

ADMISSION: 28/10/2025 18:30		INICIO DE ATENCION: 28/10/2025 21:14		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																																																																																		
NOMBRE: MAITE ANTONIA PIÑA HUAQUIMIL		RUT :	23474977 - 3	TELEFONO:	89557075 (CELULAR)																																																																																																	
DIRECCION: CALLE BENJAMIN FRANKLIN N° 2281, NUEVA COMUNA: GALICIA TEMUCO		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):																																																																																																		
EDAD: 14 años 11 meses 21 dias (07/11/2010)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION:	FONASA - A																																																																																																	
<b>SIGNS VITALES</b>																																																																																																						
Hora :	28/10/2025 18:36																																																																																																					
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]																																																																																																					
Temperatura Rectal:																																																																																																						
Presión Sistólica:	121 [mmHg]																																																																																																					
Presión Diastólica:	60 [mmHg]																																																																																																					
Frecuencia Cardíaca:	78 ['x]																																																																																																					
Frecuencia Respiratoria:																																																																																																						
Saturometría:	99 [%]																																																																																																					
Latidos Cardio - Fetales:																																																																																																						
Hemoglucotest:																																																																																																						
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																																																																																				
Dolor, EVA:																																																																																																						
Distresado:	NO	SI - NO																																																																																																				
<b>Motivo de Consulta</b> [ACC. ESCOLAR] TORCION TOBILLO DER° EV:17:35																																																																																																						
<b>Observaciones Categorización</b> [ACC. ESCOLAR] TORCION TOBILLO DER° EV:17:35 PESO 62,500 KG 28/10/25																																																																																																						
<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 : INFANTIL</b> <input checked="" type="checkbox"/> Atención Manifestación Social: NO <input type="checkbox"/> Tipo de Paciente: NO APLICA  <b>Origen de la Procedencia</b> <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO  <b>Otros Datos</b> * NINGUNO																																																																																																				
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Naturaleza del Hecho</th> <th>Elemento Causante</th> <th>Fecha Aproximada del Hecho</th> </tr> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente de tránsito</td> <td><input type="checkbox"/> Contundente</td> <td>28</td> <td>10</td> <td>2025</td> <td>17 : 35</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente laboral</td> <td><input type="checkbox"/> Cortante</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Accidente escolar</td> <td><input type="checkbox"/> Puntante</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente doméstico</td> <td><input type="checkbox"/> Corto-puntante</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública</td> <td><input type="checkbox"/> Arma de Fuego</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agresión</td> <td><input type="checkbox"/> Explosión</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Riña</td> <td><input type="checkbox"/> Calor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar</td> <td><input type="checkbox"/> Frio</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mordedura de perro</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Otro</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> VVS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Incendio</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Terremoto</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Erupción</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accidente Tsunami</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	28	10	2025	17 : 35	<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante					<input checked="" type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Puntante					<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-puntante					<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"/> Frio					<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input checked="" type="checkbox"/> Otro					<input type="checkbox"/> VVS						<input type="checkbox"/> Otro						<input type="checkbox"/> Accidente Incendio						<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto						<input type="checkbox"/> Accidente Erupción						<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami					
Naturaleza del Hecho	Elemento Causante	Fecha Aproximada del Hecho																																																																																																				
DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho																																																																																																			
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	28	10	2025	17 : 35																																																																																																	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante																																																																																																					
<input checked="" type="checkbox"/> Accidente escolar	<input type="checkbox"/> Puntante																																																																																																					
<input type="checkbox"/> Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> Corto-puntante																																																																																																					
<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"/> Frio																																																																																																					
<input type="checkbox"/> Mordedura de perro	<input checked="" type="checkbox"/> Otro																																																																																																					
<input type="checkbox"/> VVS																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Otro																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Accidente Incendio																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Accidente Erupción																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami																																																																																																						
<b>Diagnóstico (DAU Nº 16167699)</b> <b>S934 : (En estudio) ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO</b>																																																																																																						
Resultado aplicación protocolo selector de demanda C4																																																																																																						
<b>Anamnesis e historia clínica</b> AM: NO RAM: NO CX: NO  ACCIDENTE ESCOLAR ACOMPAÑADA DE PADRE REFIERE QUE JUGANDO BASKETBALL CAE SOBRE TOBILLO DERECHO CON INVERSION FORZADA DE ESTE, EVOLUCIONA CON DOLOR AGUDO EN AUMENTO E IMPOTENCIA FUNCIONAL																																																																																																						
<b>EX FÍSICO</b> SE OBJETIVA AUMENTO DE VOLUMEN EN RELACION A MALEOLO EXTERNO, SIN EQUIMOSIS NI DEFORMIDAD DOLOR A LA EXTENSION Y ROTACION INTERNA PASIVA, LOGRA FLEXION Y ROTACION EXTERNA COMPLETA CRITERIOS DE OTAWA: DOLOR EN PUNTO A																																																																																																						
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> RX TOBILLO DER AP, LAT Y MORTAJA; SIN RASGO DE FRACTURA																																																																																																						
<b>Indicaciones al alta</b> - REPOSO EN DOMICILIO POR 3 DIAS, PIE EN ALTO. DESDE EL CUARTO COMENZAR A DEAMBULAR (CARGA PROGRESIVA), SUGIERO MANTENER VENDAJE POR 1 SEMANA - REPOSO DEPORTIVO POR 14 DIAS - FRIÓ LOCAL POR 10 MIN AL MENOS 3 VECES AL DIA LOS PRIMEROS 3 DIAS - DICLOFENACO 50 MG 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 - 5 DIAS VO - PARACETAMOL 500 MG 2 COMP CADA 8 HRS POR 3 - 5 DIAS VO  - CONTROL EN CESFAM MIRAFLORES PARA EVALUACION MEDICA EN POLICLINICO DE ACCIDENTE ESCOLAR (TRAER SEGURO DE ACCIDENTE ESCOLAR) Y EVENTUAL DERIVACION A KINESIOTERAPIA MOTORA SEGUN EVOLUCION																																																																																																						
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 16167699)</b>  FRANCISCA CAROLINA CASTILLO TORRES MEDICO APS 19464049-8																																																																																																						