



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: MAKEWE-PELALE HOSP.

NUMERO DE ATENCION: 15552872

793

ADMISION: 28/04/2025 19:37	INICIO DE ATENCION: 28/04/2025 22:19	MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS								
NOMBRE: ARIADNE ANALIA HUINCA MARIN RUT : 24262449 - 1		TELEFONO: 84889167 (CELULAR)								
DIRECCION: CALLE MILLELCHE KM 6.5 PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:		MAPUCHE PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):								
COMUNA: FREIRE SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - A								
<b>SIGNS VITALES</b>										
Hora :	28/04/2025 19:39									
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]									
Temperatura Rectal:										
Presión Sistólica:										
Presión Diastólica:										
Frecuencia Cardíaca:	94 ['x]									
Frecuencia Respiratoria:										
Saturometría:	99 [%]									
Latidos Cardio - Fetales:										
Hemoglucotest:										
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I								
Dolor, EVA:										
Distresado:	SI - NO	SI - NO								
<b>Motivo de Consulta</b> DOLOR EN EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA AL CAMINAR										
<b>Observaciones Categorización</b> DOLOR EN EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA AL CAMINAR										
<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										
Tipo de Consulta : INFANTIL Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APlica										
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO										
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO										
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>										
<b>Naturaleza del Hecho</b> <b>Elemento Causante</b> <b>Fecha Aproximada del Hecho</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>:</td> </tr> </tbody> </table>			DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho				:
DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho							
			:							
<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										
<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>Diagnóstico (DAU Nº 15552872)</b> <b>M768</b> : (En estudio) TENDINITIS <b>S934</b> : (En estudio) ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO										
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> <b>C5</b>										
<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 Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.										
<b>Categorización Cierre Atención</b> <b>C5</b>										
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b>										
<b>Indicaciones al alta</b> MEDIDAS GENERALES REPOSO RELATIVO POR 3 DIAS IBUPROFENO 400 MG 0.5 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL, PARACETAMOL 500 MG 0.5 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS VIA ORAL, CONTROL EN POLI MORBILIDAD PARA SU SEGUIMIENTO CONTROL URGENCIA SOS										
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15552872)</b>  ANGENIE PHILOGENE PHILOGENE MEDICO APS 26730544-7										