



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: MAPUCHE		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: FREIRE		DECLARADO:		PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 12 años 0 meses 2 días (26/04/2013)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			

SIGNOS VITALES			Motivo de Consulta		
Hora :	28/04/2025 19:39		DOLOR EN EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA AL CAMINAR		
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:			Observaciones Categorización		
Presión Diastólica:			DOLOR EN EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA AL CAMINAR		
Frecuencia Cardíaca:	94 [x]		Funcionario Que Atiende		
Frecuencia Respiratoria:			<input checked="" type="checkbox"/> Médico		
Saturometría:	99 [%]		<input type="checkbox"/> Odontólogo		
Latidos Cardio - Fetales:			<input type="checkbox"/> Matrón(a)		
Hemoglucotest:			<input type="checkbox"/> Enfermero(a)		
Estado de Conciencia (AVDI):	A - V - D - I	A - V - D - I	<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico		
Dolor, EVA:			<input type="checkbox"/> Kinesiólogo		
Distresado:	SI - NO	SI - NO	Tipo de Consulta : INFANTIL		
			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						
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Contundente		<table border="1" style="width:100%"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO								
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		<table border="1" style="width:100%"><tr><td colspan="2">Hora aproximada del hecho</td></tr><tr><td colspan="2">:</td></tr></table>	Hora aproximada del hecho		:			
Hora aproximada del hecho										
:										
<input 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										

Diagnóstico (DAU N° 15552872)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda
M768 : (En estudio) TENDINITIS S934 : (En estudio) ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO		
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención
AM:NIEGA RAM:NIEGA PESO:32.200KG ESCOLAR TRAIDA POR MADRE REFIERE DOLOR EN EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA AL CAMINAR DE 2 DIA DE EVOLUCION.NIEGA TORCEDURA,NIEGA TRAUMATISMO ,NIEGA OTRO SINTOMATOLOGIA. AL EXAMEN FISICO : BCG, HIDRATADA, AFEBRIL , EUPNEICA, ORL: SIN ALTERACIONES CP: MP+ SIN AGREGADOS // RR2TNS ABD: RHA+ BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO EEI: SIMÉTRICAS SIN EDEMA,REFIERE DOLOR A LA PALPACION TOBILLO IZQDO SIN SIGNOS DE INFLAMACION NI DE FRACTURA NEURO: INDEMNUEW		
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta		Categorización Cierre Atención
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		
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15552872)		
ANGENIE PHILOGENE PHILOGENE MEDICO APS 26730544-7		