

JP



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 15471320

|  |                                      |                               |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|
| ADMISION: 02/04/2025 16:02                 | INICIO DE ATENCION: 02/04/2025 18:37 | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS |
| NOMBRE: MONSERRATT AYLIN ROMERO VALLEJOS   | RUT: 23527359 - 4                    | TELEFONO: 74523018 (CELULAR)  |
| DIRECCION: CALLE PASAJE BELLAVISTA 545     | PUEBLO ORIGINARIO: NINGUNO           | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): |
| COMUNA: PADRE LAS CASAS                    | DECLARADO:                           | PREVISION: FONASA - A         |
| EDAD: 14 años 2 meses 26 días (07/01/2011) | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)      |                               |

## SIGNOS VITALES

|                              |                  |               |
|------------------------------|------------------|---------------|
| Hora :                       | 02/04/2025 16:09 |               |
| Temperatura Axilar:          | 36.3 [°C]        |               |
| Temperatura Rectal:          |                  |               |
| Presión Sistólica:           | 116 [mmHg]       |               |
| Presión Diastólica:          | 55 [mmHg]        |               |
| Frecuencia Cardíaca:         | 72 [x]           |               |
| Frecuencia Respiratoria:     |                  |               |
| Saturometría:                | 100 [%]          |               |
| Latidos Cardio - Fetales:    |                  |               |
| Hemoglucotest:               |                  |               |
| Estado de Conciencia (AVDI): | ALERTA           | A - V - D - I |
| Dolor, EVA:                  | 5 [x]            |               |
| Distresado:                  | NO               | SI - NO       |

## Motivo de Consulta

MADRE REF DOLOR EN REGION LUMBAR. DESDE HOY.

## Observaciones Categorización

MADRE REF DOLOR EN REGION LUMBAR. DESDE HOY.

## Funcionario Que Atiende

- ☒ Médico  
☐ Odontólogo  
☐ Matrán(a)  
☐ Enfermero(a)  
☐ Técnico Paramédico  
☐ Kinesiólogo

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

| <b>Naturaleza del Hecho</b>  | <b>Elemento Causante</b>  | <b>Fecha Aproximada del Hecho</b>  | <b>Hora aproximada del hecho</b> |     |     |  |  |  |  |  |   |  |
|--|---|--|----------------------------------|-----|-----|--|--|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito<br><input type="checkbox"/> Accidente laboral<br><input type="checkbox"/> Accidente escolar<br><input type="checkbox"/> Accidente doméstico<br><input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública<br><input type="checkbox"/> Agresión<br><input type="checkbox"/> Riña<br><input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar<br><input type="checkbox"/> Mordedura de perro<br><input type="checkbox"/> Agresión sexual<br><input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Accidente Incendio<br><input type="checkbox"/> Accidente Terremoto<br><input type="checkbox"/> Accidente Erupción<br><input type="checkbox"/> Accidente Tsunami | <input type="checkbox"/> Contundente<br><input type="checkbox"/> Cortante<br><input type="checkbox"/> Punzante<br><input type="checkbox"/> Corto-punzante<br><input type="checkbox"/> Arma de Fuego<br><input type="checkbox"/> Explosión<br><input type="checkbox"/> Calor<br><input type="checkbox"/> Frío<br><input type="checkbox"/> Otro | <table><tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | DÍA                              | MES | AÑO |  |  |  | <table><tr><td></td><td>:</td><td></td></tr></table> |  | : |  |
| DÍA  | MES   | AÑO  |                                  |     |     |  |  |  |  |  |   |  |
|  |   |  |                                  |     |     |  |  |  |  |  |   |  |
|  | :   |  |                                  |     |     |  |  |  |  |  |   |  |
| <b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>   |   |  |                                  |     |     |  |  |  |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones<br><input type="checkbox"/> Leve (0 - 14 días)<br><input type="checkbox"/> Mediana Gravedad (15 - 29 días)<br><input type="checkbox"/> Grave (30 días o más)<br><input type="checkbox"/> Se requieren exámenes complementarios  |   |  |                                  |     |     |  |  |  |  |  |   |  |

## Diagnóstico (DAU N° 15471320)

S335 : LUMBAGO MECANICO

## Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

## Anamnesis e historia clínica

DOLOR CONTINUO DE LOCALIZACION EN REGION LUMBAR BAJA EVA 8/10 DE APARICION ABRUPTA MIENTRAS DESARROLLABA ACTIVIDADES LABORALES; EXACERBADO CON EL REPOSO Y ATENUADO CON LA ACTIVIDAD FISICA ; CONCOMITANTEMENTE LIMITACION FUNCIONAL PARA LA FLEXO EXTENSION DE COLUMNA. EXAMEN FISICO EVIDENCIA CONTRACTURA MUSCULAR PARAVERTEBRAL CON DESVIACION ANTALGICA DE EJE VERTEBRAL Y DOLOR A LA DIGITOPRESION DE MASAS MUSCULARES. SIGNO DE LASEGUE -

## Procedimientos e indicaciones en box

DICLOFENACO 75 MGRS IM

Reposo en Casa x 3 días

## Indicaciones al alta

NAPROXENO 550 MGRS 1 CADA 12 HORAS POR TRES DIAS  
PARACETAMOL 500 MGRSX2 CADA 8 HORAS POR TRES DIAS  
CICLOBENZAPRINA 10 MGRS MEDIA TABLETA CADA 12 HORAS POR TRES DIAS  
REPOSO RELATIVO, EVITE EL REPOSO PROLONGADO EN CAMA  
MANTENGA EL MAYOR GRADO DE ACTIVIDAD FISICA DIARIA POSIBLE QUE LE PERMITA SU DOLOR  
CALOR LOCAL POR 15 MINUTOS CADA VEZ CADA 8 HORAS POR TRES DIAS CONTROL SOS EN CASO NECESARIO EN SU CESFAM RESPECTIVO

CICLOBENZAPRINA PUEDE PRODUCIR SOMNOLENCIA Y RETARDO EN RESPUESTAS REFLEJAS. MIENTRAS LO USE DEBE EVITAR CONDUCIR VEHICULOS O MAQUINARIA O EQUIPOS POTENCIALMENTE PELIGROSOS

## Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15471320)

JUAN RAMON CONDE BRANDT  
MEDICO APS  
26255514-3

## 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 Sin  
Indicación Información.  
Hospitalización:

## Categorización Cierre Atención

C5

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.