



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR CONUN HUENU

NUMERO DE ATENCION: 15471320

JP

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: MUJER		PREVISION: FONASA - A		
EDAD: 14 años 2 meses 26 dias (07/01/2011)		SEXO (GÉNERO): (FEMENINO)				
SIGNS VITALES						
Hora :	02/04/2025 16:09					
Temperatura Axilar:	36.3 [°C]					
Temperatura Rectal:						
Presión Sistólica:	116 [mmHg]					
Presión Diastólica:	55 [mmHg]					
Frecuencia Cardiaca:	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						
<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						
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"/> 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	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho
						:
Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral						
<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						
Diagnóstico (DAU N° 15471320) S335 : LUMBAGO MECANICO						Resultado aplicación protocolo selector de demanda
						C5
Anamnesis e historia clínica						Condición del paciente al cierre de atención
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 -						<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box						Destino Inmediato del Paciente
DICLOFENACO 75 MGRS IM						Alta domicilio Con indicación de tratamiento en su estab.
<i>Reposo en Casa x 3 Dias</i>						Destino: Fecha de Indicación Hospitalización:
						Sin Información.
Indicaciones al alta						Categorización Cierre Atención
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						C5
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)						
<i>JUAN RAMON CONDE BRANDT MEDICO APS 26255514-3</i>						