



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 12165587

ADMISION: 07/06/2022 12:36		INICIO DE ATENCION: 07/06/2022 13:51		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: FLORENCIA EMILIA GACITUA MONSALVE		RUT: 24245224 - 0		TELEFONO: 71427644 (CELULAR)	
DIRECCION: PIRCUNCHE 01450		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):		PREVISION: FONASA - D	
EDAD: 9 años 1 meses 26 días (12/04/2013)		SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)			
SIGNOS VITALES					
Hora :	07/06/2022 12:45				
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardíaca:	108 [x]				
Frecuencia Respiratoria:					
Saturometría:	98 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:					
Distresado:	SI - NO	SI - NO			
Motivo de Consulta					
ACCIDENTE ESC.: TORSIÓN DE TOBILLO IZQ. A REEVALUACIÓN CON RESULTADO DE RX.- SIN SINTOMAS RESP.- (CSF STA ROSA).-					
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"/> Contundente		DÍA MES AÑO	
<input type="checkbox"/> Accidente laboral		<input type="checkbox"/> Cortante		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					
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° 12165587)					
S929 : FRACTURA DEL PIE					
Resultados aplicación protocolo selector de demanda					
C3					
Anamnesis e historia clínica					
ANTECEDENTES					
MEDICOS NO					
PCOS NO					
ALERGIAS NO					
MOTIVO DE CONSULTA					
PACIENTE EL 26/05/22 SUFRE ACCIDENTE ESCOLAR CON TORCEDURA DE TOBILLO IZQUIERDO. CONSULTA EL MISMO DÍA DONDE SE DESCARTA FRACTURA DE TOBILLO Y SE DIAGNOSTICA ESGUINCE. SIN EMBARGO, PACIENTE PERSISTE CON DOLOR, CON EDEMA POR LATERAL Y MOLESTIAS EN LA BASE DEL QUINTO METATARSIANO.					
CONSULTA EL EXTRASISTEMA EL 06/06/22 DONDE SE REALIZA RADIOGRAFÍA DE PIE IZQUIERDO AP Y OBLICUA DONDE SE DESCRIBE PEQUEÑA AVULSIÓN EN LA BASE DEL QUINTO METATARSIANO, RESTO DE ESTRUCTURA ÓSEA SIN ALTERACIONES. POR ESTE MOTIVO RECONSULTA JUNTO A MADRE EN SAR MIRAFLORES PARA REEVALUACIÓN.					
SE CONVERSA CASO CON DR MULLER (TMT INFANTIL DE TURNO EN HHHA) QUIEN EVIDENCIA PEQUEÑA FRACTURA EN BASE DE QUINTO METATARSIANO POR CUAL DADO CONTEXTO DE PACIENTE Y DOS SEMANAS DE EVOLUCIÓN SUGIERE:					
1)MANTENER INMOVILIZADO CON BOTA POR 4 SEMANAS CON PIERNA EN ALTO SIN APOYAR. UTILIZAR BOTA 24/7					
2)REPOSO ESCOLAR POR 4 SEMANAS					
3)REPOSO DEPORTIVO POR 6 SEMANAS (8 SEMANAS TOTALES)					
4)CONTROL EN SU CONSULTORIO AL COMPLETAR LAS 4 SEMANAS DE INMOVILIZACIÓN					
Procedimientos e indicaciones en box					
CASO CONVERSADO CON DR MULLER (TMT INFANTIL HHHA)					
Indicaciones al alta					
1) REPOSO CON PIERNA EN ALTO. INMOVILIZADA CON BOTA POR 4 SEMANAS (UTILIZAR PERMANENTE DURANTE EL PERIODO INDICADO). COMPRAR Y MOSTRAR COMPROBANTE EN ADMINISTRACIÓN PARA DEVOLUCIÓN DE DINERO.					
2) REPOSO DEPORTIVO POR 6 SEMANAS (COMPLETAR 8 SEMANAS TOTALES DESDE EL DÍA DEL ACCIDENTE)					
3) CONTROL EN SU CONSULTORIO AL COMPLETAR LAS 4 SEMANAS DE INMOVILIZACIÓN.					
4) IBUPROFENO 400MG, 1 CADA 8 HRS X 3 DÍAS VO					
5) PARACETAMOL 500MG, 1 CADA 8 HRS X 5 DÍAS VO (SOS)					
URGENCIA SOS.					
Envío a Laboratorio, Imagenología, Observación (DAU N° 12165587)					
Fecha Envío		Fecha Regreso		Tipo	
07/06/2022 13:55		07/06/2022 14:30		OBSERVACION	
Comentario					
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 12165587)					
MARCELO NAVARRETE LARA					
MEDICO APS					
18930234-7					
RUT: 18.930.234-7					
Médico Cirujano					
Universidad de La Libertad					

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.

7ºA

Contactarse

Apoderado.

Urgente -