

FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 14468021

19A

ADMISION: 23/05/2024 11:29		INICIO DE ATENCION: 23/05/2024 14:07		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: ANNIE HELENA ILLANES MENGES		RUT: 25760968 - 5	TELEFONO: Sin informacion		
DIRECCION: KILOMETRO 10 CAMINO LABRANZA		PUEBLO ORIGINARIO: TEMUCO		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: TEMUCO		DECLARADO: MUJER (FEMENINO)		PREVISION: FONASA - B	
EDAD: 7 años 0 meses 13 días (10/05/2017)		SEXO (GÉNERO):			

SIGNOS VITALES		
Hora:	23/05/2024 13:57	
Temperatura Axilar:	36.1 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	106 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturación:	100 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Dijeresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta	
ACCIDENTE ESC: SUFRE CAIDA RESULTANDO CON GOLPE EN RODILLAS Y MUÑECAS (DER). A LAS 10:05HRAS DE HOY.	
Observaciones Categorización	
ACCIDENTE ESC: SUFRE CAIDA RESULTANDO CON GOLPE EN RODILLAS Y MUÑECAS (DER). A LAS 10:05HRAS DE HOY.	
Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta : INFANTIL
<input checked="" type="checkbox"/> Médico	
<input type="checkbox"/> Odontólogo	
<input type="checkbox"/> Matron(a)	
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	
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	Hora aproximada del hecho								
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Contundente <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Punzante <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	<table border="1"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td>23</td> <td>05</td> <td>2024</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	23	05	2024	<table border="1"> <tr> <th>Hora aproximada del hecho</th> </tr> <tr> <td>10 : 05</td> </tr> </table>	Hora aproximada del hecho	10 : 05
DIA	MES	AÑO									
23	05	2024									
Hora aproximada del hecho											
10 : 05											

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral
<input type="checkbox"/> Paciente sin lesiones <input checked="" 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° 14468021)	Resultado aplicación protocolo selector de demanda
0000 : CONTUSION DE MUÑECA	C4

Anamnesis e historia clínica	Condición del paciente al cierre de atención
ACUDE POR ACC ESCOLAR REFIERE CAIDA A NIVEL A LAS 10.05 APROX CON CONTUSION DE RODILLAS Y MUÑECA DERECHA. SIN OTROS SINTOMAS ASOCIADOS AM (-) AL (-) EF BEG, CLOTE, VIGIL, TRANQUILA HDN ESTABLE MUCOSAS ROSADAS E HIDRATADAS, PERFUSION DISTAL CONSERVADA MARCHA CONSERVADA RODILLAS: ROM, FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADOS.SIN DEFORMIDAD NI LESIONES EVIDENTES. TEMPANO (-), LACHMAN (-), BOSTEZOS (-), CAJON (-), APLEY (-) MUÑECA DER: ROM, FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADOS.SIN DEFORMIDAD NI LESIONES EVIDENTES. SIN OTROS HALLAZGOS PATOLOGICOS AL EXAMEN	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido

Destino Inmediato del Paciente
Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Hospitalización: Sin Información.

Categorización Cierre Atención
C4

Procedimientos e indicaciones en box
RX MUÑECA DER AP-L-O SIN RASGO FRACTUARIO EVIDENTE ARTICULACION CONGRUENTE

Procedimientos
PROCEDIMIENTO PARA EXPLORACIONES RADIOLOGICAS (INCLUYE MANIOBRA E INYECCION DEL MEDIO DE CONTRASTE)

Indicaciones al alta
PARACETAMOL 500 MG 1 COMP C/8H POR 5 DIAS DICLOFENACO 50 MG 1 COMP C/8H POR 4 DIAS HIELO LOCAL 20-30 MIN 3 VECES AL DIAS REPOSO EN CASA POR 2 DIAS REPOSO DEPORTIVO 1 SEMANA CONTROL EN SU CONSULTORIO PARA SEGUIMIENTO MEDICO

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14468021)
IGNACIO ANDRÉS GONZÁLEZ CASTILLO MEDICO APS 18635642-X

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.