



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15654224

80A -

ADMISION: 29/05/2025 11:18		INICIO DE ATENCION: 29/05/2025 12:36		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: ALYSON ANTONELLA JAQUE ORELLANA		RUT :	23817943 - 2	TELEFONO:	42645609 (CELULAR)
DIRECCION: CALLE LOS PIDENES 1408 V. PULMAHUE		PUEBLO ORIGINARIO	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: PADRE LAS CASAS		DECLARADO:		PREVISION:	FONASA - B
EDAD: 13 años 5 meses 20 días (09/12/2011)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)		

SIGNOS VITALES		
Hora :	29/05/2025 11:42	
Temperatura Axilar:	36.3 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:	118 [mmHg]	
Presión Diastólica:	59 [mmHg]	
Frecuencia Cardíaca:	101 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	100 [%]	
Latidos Cardíaco - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta	
ACC ESCOLAR - SE DOBLA DEDO MEDIO CON BALON DE VOLEIBOL-- COLEGIO PROVIDENCIA --	
Observaciones Categorización	
ACC ESCOLAR - SE DOBLA DEDO MEDIO CON BALON DE VOLEIBOL-- COLEGIO PROVIDENCIA -	
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	
DESCONOCIDO	
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 checked="" type="checkbox"/> Contundente		<table border="1"><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>29</td><td>05</td><td>2025</td></tr></table>	DIA	MES	AÑO	29	05	2025	<table border="1"><tr><td>09 : 32</td></tr></table>	09 : 32
DIA	MES	AÑO									
29	05	2025									
09 : 32											
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante										
<input checked="" 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° 15654224)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda	
S636 : ESGUINCES Y TORCEDURAS DE DEDO(S) DE LA MANO		<table border="1"><tr><td>C4</td></tr></table>	C4
C4			
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención	
ACC ESCOLAR, ACOMPAÑADA POR MADRE		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo	
AM: NIEGA		<input type="checkbox"/> Fallecido	
RAM: NIEGA			
MC: DÍA DE HOY SUFRE HIPEREXTENSIÓN DE 3° DEDO MANO D°, EVOLUCIONA CON DOLOR		Destino Inmediato del Paciente	
AL EXÁMEN: VIGIL, REACTIVA		Alta domicilio	
MANO D°: SIN CAMBIOS CRÓMICOS EN PIEL, SIN AUMENTO DE VOLÚMEN, DOLOR A MOVILIZACIÓN PASIVA Y ACTIVA DE ARTICULACIÓN METACARPOFALÁNGICA DE 3° DEDO, NO PALPO CREPITACIONES NI ESCALONES ÓSEOS		Sin control	
		Destino:	
		Fecha de Indicación	
		Hospitalización:	
Procedimientos e indicaciones en box		Categorización Cierre Atención	
RX MANO D° AP Y OBLICUA:		<table border="1"><tr><td>C4</td></tr></table>	C4
C4			
Procedimientos			
PROCEDIMIENTO PARA EXPLORACIONES RADIOLOGICAS (INCLUYE MANIOBRA E INYECCION DEL MEDIO DE CONTRASTE)			
Indicaciones al alta			
REPOSO EN CASA POR 2 DÍAS A PARTIR DE HOY			
REPOSO DEPORTIVO POR 10 DÍAS A PARTIR DE HOY			
FRÍO LOCAL POR 10-20 MINUTOS, 3-5 VECES AL DÍA			
PARACETAMOL 2 COMPRIMIDOS CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS			
IBUPROFENO 1 COMPRIMIDO CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS			
EN CASO DE PERSISTIR SÍNTOMAS POSTERIOR A 10 DÍAS, SOLICITAR HORA DE CONTROL EN POLICLÍNICO DE MORBILIDAD DE CONSULTORIO MIRAFLORES			
URGENCIAS SOS			
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15654224)			
ALVARO IGNACIO VILLALBA PACHECO MEDICO APS 19875387-5			

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.