



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 15654224

8-A -

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:	MUJER	PREVISION:	FONASA - B	
EDAD: 13 años 5 meses 20 dias (09/12/2011)		SEXO (GÉNERO): (FEMENINO)				
<b>SÍGNOS VITALES</b>						
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 Cardio - Fetales:						
Hemoglucotest:						
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I				
Dolor, EVA:						
Distresado:	NO	SI - NO				
<b>Motivo de Consulta</b> ACC ESCOLAR - SE DOBLA DEDO MEDIO CON BALON DE VOLEIBOL-- COLEGIO PROVIDENCIA --						
<b>Observaciones Categorización</b> ACC ESCOLAR - SE DOBLA DEDO MEDIO CON BALON DE VOLEIBOL-- COLEGIO PROVIDENCIA -						
<b>Funcionario Que Atiende</b>						
<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						
<b>Tipo de Consulta : INFANTIL</b>						
Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA						
<b>Origen de la Procedencia</b> DESCONOCIDO						
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO						
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>						
<b>Naturaleza del Hecho</b>		<b>Elemento Causante</b>	<b>Fecha Aproximada del Hecho</b>			
<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"/> Rifa <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"/> Puntante <input type="checkbox"/> Corto-puntante <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>Hora aproximada del hecho</b>
			29	05	2025	09 : 32
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b>						
<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						
<b>Diagnóstico (DAU Nº 15654224)</b> S636 : ESGUINCES Y TORCEDURAS DE DEDO(S) DE LA MANO						
<b>Resultado aplicación protocolo selector de demanda</b> C4						
<b>Condición del paciente al cierre de atención</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido						
<b>Destino Inmediato del Paciente</b> Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Información. Hospitalización:						
<b>Categorización Cierre Atención</b> C4						
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> RX MANO Dº AP Y OBLÍCUA:						
<b>Procedimientos</b> PROCEDIMIENTO PARA EXPLORACIONES RADIOLOGICAS (INCLUYE MANIOBRA E INYECCION DEL MEDIO DE CONTRASTE)						
<b>Indicaciones al alta</b> 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						
<b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15654224)</b>						
<p>ALVARO IGNACIO VILLALBA PACHECO MÉDICO APS 19075387-5</p>						

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.