



## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO:

COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS  
CASAS

NUMERO DE ATENCION:

15624769

KA

ADMISION: 20/05/2025 18:02		INICIO DE ATENCION: 20/05/2025 20:56		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS																																								
NOMBRE: JOSEFA DOMINGA SALAMANCA SALAMANCA		RUT : 26446832 - 9		TELÉFONO: 45925729 (CELULAR)																																								
DIRECCION: CALLE RUDECINDO ORTEGA N° 01930, COMUNA: TEMUCO EDAD: 6 años 8 meses 21 dias (29/08/2018)		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO: SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)		PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): PREVISION: FONASA - A																																								
<b>SIGNS VITALES</b> <table border="1"> <tr><td>Hora :</td><td colspan="2">20/05/2025 18:10</td></tr> <tr><td>Temperatura Axilar:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Temperatura Rectal:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Presión Sistólica:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Presión Diastólica:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Frecuencia Cardiaca:</td><td colspan="2">95 ['x]</td></tr> <tr><td>Frecuencia Respiratoria:</td><td colspan="2">18 ['x]</td></tr> <tr><td>Saturometría:</td><td colspan="2">95 [%]</td></tr> <tr><td>Latidos Cardio - Fetales:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Hemoglucotest:</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>Estado de Conciencia (AVDI):</td><td>ALERTA</td><td>A - V - D - I</td></tr> <tr><td>Dolor, EVA:</td><td colspan="2">2 ['x]</td></tr> <tr><td>Distresado:</td><td>NO</td><td>SI - NO</td></tr> </table>						Hora :	20/05/2025 18:10		Temperatura Axilar:			Temperatura Rectal:			Presión Sistólica:			Presión Diastólica:			Frecuencia Cardiaca:	95 ['x]		Frecuencia Respiratoria:	18 ['x]		Saturometría:	95 [%]		Latidos Cardio - Fetales:			Hemoglucotest:			Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I	Dolor, EVA:	2 ['x]		Distresado:	NO	SI - NO
Hora :	20/05/2025 18:10																																											
Temperatura Axilar:																																												
Temperatura Rectal:																																												
Presión Sistólica:																																												
Presión Diastólica:																																												
Frecuencia Cardiaca:	95 ['x]																																											
Frecuencia Respiratoria:	18 ['x]																																											
Saturometría:	95 [%]																																											
Latidos Cardio - Fetales:																																												
Hemoglucotest:																																												
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I																																										
Dolor, EVA:	2 ['x]																																											
Distresado:	NO	SI - NO																																										
<b>Motivo de Consulta</b> FLUJO NO RESPIRATORIO																																												
<b>Observaciones Categorización</b> REFIERE DG DE ESGUINCE TOBILLO DERECHO EL JUEVES, MANTIENE MOLESTIAS																																												
<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			Tipo de Consulta : INFANTIL  Atención Manifestación Social: NO Tipo de Paciente: NO APLICA																																									
<b>Origen de la Procedencia</b> DOMICILIO																																												
<b>Otros Datos</b> * NINGUNO																																												
<b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2"><b>Naturaleza del Hecho</b></td> <td colspan="2"><b>Elemento Causante</b></td> <td colspan="2"><b>Fecha Aproximada del Hecho</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <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         </td> <td colspan="2"> <input 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         </td> <td colspan="2">           DIA      MES      AÑO            _____    _____    _____         </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <b>Hora aproximada del hecho</b>            :         </td> </tr> </table>						<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 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"/> 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		DIA      MES      AÑO _____    _____    _____		<b>Hora aproximada del hecho</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 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"/> 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		DIA      MES      AÑO _____    _____    _____																																								
<b>Hora aproximada del hecho</b> :																																												
<b>Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral</b> <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																																												
<b>Diagnóstico (DAU Nº 15624769)</b> S934 : ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO 0000 : DOLOR EN CALCANEO																																												
<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 Con indicación de tratamiento en su estab. Destino: Fecha de Indicación: Sin Hospitalización: Información.																																												
<b>Categorización Cierre Atención</b> C4																																												
<b>Procedimientos e indicaciones en box</b> RX DE CALCANEO Y TOBILLO DERECHO: NO IMPRESIONAN FRACTURAS NI LUXACION APARENTE. PARACETAMOL 80MG 5 COMP MASTICABLES  VALVA TIPO BOTA EN PIE DERECHO																																												
<b>Procedimientos</b> PROCEDIMIENTO PARA EXPLORACIONES RADIOLOGICAS (INCLUYE MANIOBRA E INYECCION DEL MEDIO DE CONTRASTE)																																												
<b>Indicaciones al alta</b> - PARACETAMOL 80MG 5 COMP MASTICABLES VIA ORAL: SOS DOLOR. MAXIMO CADA 6 HORAS. - MANTENER VALVA TIPO BOTA EN PIE DERECHO DURANTE 2 SEMANAS.																																												

- CONTROL MÉDICO EN SU CESFAM EN DOS SEMANAS
- REPOSO POR DOS SEMANAS.
- REPOSO DEPORTIVO DURANTE DOS SEMANAS.
- SI NO MEJORA DOLOR O HAY AUMENTO DE DOLOR, SE DEBE SOLICITAR INTERCONSULTA A TRAUMATOLOGÍA INF, DESDE SU CESFAM.

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 15624769)

ANDRY NOE ATENCIO MORAN  
MEDICO ESPECIALISTA  
26753217-6

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.