

B-B



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

NUMERO DE ATENCION: 15990069

ADMISION: 07/09/2025 21:24		INICIO DE ATENCION: 07/09/2025 21:58		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: JAVIERA FRANCESCA TRALMA TRAIMANTE		RUT :	23823772 - 6	TELEFONO:	53685390 (CELULAR)
DIRECCION: EL FUTURO 0788, LABRANZA		PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:	MAPUCHE	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: CHOL CHOL		SEXO (GENERO):	MUJER (FEMENINA)	PREVISION: FONASA - A	
EDAD: 13 años 8 meses 22 dias (16/12/2011)					
SIGNS VITALES					
Hora :	07/09/2025 21:29				
Temperatura Axilar:	36.7 [°C]				
Temperatura Rectal:					
Presión Sistólica:					
Presión Diastólica:					
Frecuencia Cardiaca:	91 ['x]				
Frecuencia Respiratoria:	19 ['x]				
Saturometria:	99 [%]				
Latidos Cardio - Fetales:					
Hemoglucotest:					
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I			
Dolor, EVA:	4 ['x]				
Distresado:	NO	SI - NO			
Motivo de Consulta FLUJO NO RESPIRATORIO (AMANECER)					
Observaciones Categorización PACIENTE CONSULTA POR TORCION DEL DEDO MEDIO DE MANO IZQUIERDA. EVOLUCIONA CON DOLOR Y AUMENTO DE VOLUMEN, ASOCIADO A HEMATOMA					
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"/> 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"/> VVS <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"/> Pungente <input type="checkbox"/> Corto-pungente <input type="checkbox"/> Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Otro	DIA	MES	AÑO	Hora aproximada del hecho :
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° 15990069) S600 : CONTUSION DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)					
Resultado aplicación protocolo selector de demanda <input type="checkbox"/> C4					
Condición del paciente al cierre de atención <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 <input type="checkbox"/> C4					
Anamnesis e historia clínica					
ACUDE CON MADRE QUIEN REFIERE IEA EL DIA DE HOY EN HORAS DE LA MAÑANA CUANDO PRESENTA CAIDA DE SU PROPIA ALTURA CON CONTUSION DE 2DO AL 4TO DEDO DE MANO IZQUIERDA CON HEMATOMA Y DOLOR A LA MOVILIZACION.					
-ALERGIAS NIEGA -HOSPITALIZACIONES Y/O QX NIEGA -VACUNAS AL DIA					
EXAMEN FISICO: ESTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, SIN COMPROMISO HEMODINAMICO NI RESPIRATORIO. SE EVIDENCIA HEMATOMA EN FALANGE PROXIMAL DE 3ER DEDO DE MANO IZQUIERDA CON DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIZACION, SIN DEFORMIDADES. RESTO SIN ALTERACIONES					
Procedimientos e indicaciones en box					
-RX DE DEDO AP Y LAT DE MANO IZQ					
Procedimientos PROCEDIMIENTO PARA EXPLORACIONES RADIOLOGICAS (INCLUYE MANIOBRA E INYECCION DEL MEDIO DE CONTRASTE)					
Indicaciones al alta					
-REPOSO EN CASA POR 24 HORAS -IBUPROFENO (COMP 400MG): DAR 1 COMP CADA 8 HORAS CONTINUO POR 2 DIAS Y LUEGO SOLO SI TIENE DOLOR -COLOCAR COMPRESAS FRIAS EN AREA AFECTADA CADA 12 HORAS POR 24 HORAS					

-VIGILAR SIGNOS DE ALARMA (PROGRESION DE LESION, AUMENTO DE VOLUMEN, PERSISTENCIA DE DOLOR A PESAR DE TRATAMIENTO)
ACUDIR A URGENCIAS

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU Nº 15990069) _____

MARIA BETZABETH CASTILLO CHACON
MEDICO ESPECIALISTA
26855478-5



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.