

## FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 14885416

| ADMISSION: 04/10/2024 11:08                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  | INICIO DE ATENCION: 04/10/2024 11:41 |               | MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS |  |     |     |     |    |    |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------|---------------|-------------------------------|--|-----|-----|-----|----|----|------|
| NOMBRE: PASCUALA JOSEFA FABIANA ULLOA SANDOVAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  | RUT: 25644571 - 9                    |               | TELEFONO: 64696762 (CELULAR)  |  |     |     |     |    |    |      |
| DIRECCION: CALLE NAVARRA N° 710, POBLACION MONTE VERDE TEMUCO                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  | PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:         |               | PROCEDENCIA (URBANO / RURAL): |  |     |     |     |    |    |      |
| EDAD: 7 años 8 meses 15 días (19/01/2017)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  | SEXO (GÉNERO): MUJER (FEMENINO)      |               | PREVISION: FONASA - B         |  |     |     |     |    |    |      |
| <b>SIGNOS VITALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| hora:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 04/10/2024 11:17 |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| Temperatura Axilar:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 36.3 [°C]        |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| Temperatura Rectal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| Presión Sistólica:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| Presión Diastólica:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| Frecuencia Cardíaca:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 102 [x]          |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| Frecuencia Respiratoria:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 19 [x]           |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| Saturimetría:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 98 [%]           |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| Latidos Cardio - Fetales:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| Hemoglucotest:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| Estado de Conciencia (AVDI):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ALERTA           |                                      | A - V - D - I |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| Dolor, EVA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| Distresado:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NO               |                                      | SI - NO       |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <b>Motivo de Consulta</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| ACCI. ESCOLAR. ( C. PROVIDENCIA).<br>REF. SE DOBLA EL TOBILLO IZQUIERDO EN CLASE DE ED. FÍSICA. EVOL. 1 HORA ANT MORB. (-)<br>RAM. (-)<br>C.                                                                                                                                                                                                                      |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <b>Observaciones Categorización</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| ACCI. ESCOLAR. ( C. PROVIDENCIA).<br>REF. SE DOBLA EL TOBILLO IZQUIERDO EN CLASE DE ED. FÍSICA. EVOL. 1 HORA DIF PARA MANTENERSE DE PIE NO SE LOGRA PESAR<br>ANT MORB. (-)<br>RAM. (-)                                                                                                                                                                            |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <b>Funcionario Que Atiende</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <input type="checkbox"/> Odontólogo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <input type="checkbox"/> Matrán(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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| DESCONOCIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| Otros Datos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| * NINGUNO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <b>EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <b>Naturaleza 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"/> 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <b>Elemento Causante</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <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"/> Frío                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <input type="checkbox"/> Otro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <b>Fecha Aproximada del Hecho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <table border="1"><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td>04</td><td>10</td><td>2024</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                      |               |                               |  | DIA | MES | AÑO | 04 | 10 | 2024 |
| DIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | MES              | AÑO                                  |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| 04                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 10               | 2024                                 |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <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>Horario aproximado del hecho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| 09 : 52                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <b>Diagnóstico (DAU N° 14885416)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| S934 : ESGUINES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <b>Anamnesis e historia clínica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| ACUDE POR ACC ESCOLAR<br>REFIERE TORSION DE TOBILLO IZQ EN ED FISICA.<br>SIN OTROS SINTOMAS ASOCIADOS                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| AM (-)<br>AL (-)<br>EF<br>BEG, CLOTE, VIGIL, TRANQUILA<br>HDN ESTABLE<br>MUCOSAS ROSADAS E HIDRATADAS, PERFUSION DISTAL CONSERVADA<br>MARCHA CONSERVADA<br>TOBILLO IZQ: ROM, FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADA. TOLERA BIPEDESTACION, PERO NO MARCHA. SIN DEFORMIDAD NI LESIONES EVIDENTES. SIN OTROS PUNTOS ALGICOS.<br>SIN OTROS HALLAZGOS PATOLOGICOS AL EXAMEN |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <b>Procedimientos e indicaciones en box</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| RX TOBILLO IZQ AP-L-O<br>SIN RASGO FRACTUARIO EVIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <b>Procedimientos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| PROCEDIMIENTO PARA EXPLORACIONES RADIOLOGICAS (INCLUYE MANIOBRA E INYECCION DEL MEDIO DE CONTRASTE)                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <b>Indicaciones al alta</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| PARACETAMOL 500 MG MEDIO COMP C/8H POR 5 DIAS<br>IBUPROFENO 200MG/5ML 5ML C/8H POR 4 DIAS<br>HIELO LOCAL 20-30 MIN 3 VECES AL DIA<br>USO DE BOTA CORTA DIURNO, RETIRO NOCTURNO, POR 2 SEMANAS (CON REPOSO DEPORTIVO, POR SUPUESTO)<br>REPOSO EN CASA POR 5 DIAS<br>CONTROL EN SU CONSULTORIO PARA SEGUIMIENTO MEDICO                                              |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| <b>Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14885416)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |
| IGNACIO ANDRES GONZALEZ CASTILLO<br>MEDICO APS<br>18635642-K                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                                      |               |                               |  |     |     |     |    |    |      |

LAME 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.