



FORMULARIO DE ATENCION DE URGENCIA

ESTABLECIMIENTO: SAR MIRAFLORES

NUMERO DE ATENCION: 14998417

3^{ra} A.

ADMISSION: 04/11/2024 13:11		INICIO DE ATENCION: 04/11/2024 14:11		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE:	FERNANDA EMILIA HERNANDEZ QUINTANA	RUT :	24717798 - 1	TELEFONO:	2335044 (FIJO)
DIRECCION:	CALLE TRARIPEL N° 1025, LOS CACIQUES S/N	PUEBLO ORIGINARIO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA:	PADRE LAS CASAS	DECLARADO:		PREVISION:	FONASA - A
EDAD:	10 años 2 meses 16 días (19/08/2014)	SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)		

SIGNOS VITALES		
Hora :	04/11/2024 13:15	
Temperatura Axilar:	36.2 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	102 [x]	
Frecuencia Respiratoria:	19 [x]	
Saturometría:	97 [%]	
Latidos Cardio - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta	
ACCIDENTE ESCOLAR, CORRIENDO EN ED. FÍSICA SE GOLPEA OJO DERECHO CON BORDE DE LA ESCALERA (COLEGIO PROVIDENCIA)	
Observaciones Categorización	
ACCIDENTE ESCOLAR, CORRIENDO EN ED. FÍSICA SE GOLPEA OJO DERECHO CON BORDE DE LA ESCALERA ANT MORB: (-) RAM: (-) PESO 30 KG	
Funcionario Que Atiende	Tipo de Consulta : INFANTIL
<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	
	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	Hora aproximada del hecho								
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Contundente	<table border="1" style="width:100%"><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO				<table border="1" style="width:100%"><tr><td> </td></tr></table>		
DÍA	MES	AÑO									
<input type="checkbox"/> Accidente laboral	<input type="checkbox"/> Cortante										
<input 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"/> Frio										
<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° 14998417)		Resultado aplicación protocolo selector de demanda
S001 : CONTUSION DEL PARPADO		C4
Anamnesis e historia clínica		Condición del paciente al cierre de atención
AM: - ALERGIAS: - PACIENTE EN COMPAÑÍA DE SU ABUELA REFIRE QUE EN ACTIVIDAD ESCOLAR SUFRE CONTUSION EN ZONA OCULAR DERECHA AL IMPACTAR CON BORDE DE ESCALERA. EVOLUCIONA CON AUMENTO DE VOLUMEN EN PARPADO SUPERIOR DERECHO, DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL OJO DERECHO, CONJUNTIVAS NORMALES, PUPILA SIMETRICA, REACTIVA, MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS AGUDEZA VISUAL CONSERVADA IMPRESIONA CONTUSION PALPEBRAL		<input checked="" type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Procedimientos e indicaciones en box		Destino Inmediato del Paciente
RX DE ORBITAS AP SIN LESIONES		Alta domicilio Sin control Destino: Fecha de Indicación Sin Hospitalización: Información.
Indicaciones al alta		Categorización Cierre Atención
REPOSO EN CASA HOY Y MAÑANA FRIO LOCAL EN CASA POR 1 HORA POR 1 DIA IBUPROFENO 200MG/5ML: 8CC C/8H POR 3 DIAS TOMAR FOTOS DE LESION SI AUMENTO DE VOLUMEN EMPEORA, DIFICULTAD PARA ABRIR EL OJO NO MEJORA, VISION DOBLE, BORROSA, RECONSULTAR		C4
Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14998417)		
OSWALDO ARTURO CARRASQUEL GAGO MEDICO APS 26512593-K		

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.