

MINISTERIO DE SALUD

S.S. CONCEPCION

HOSP GUILLERMO GRANT BENAVENTE

Certifico que don(a): AGUSTINA ISIDORA HERNANDEZ PAVEZ

Se presentó en este Servicio: INFANTIL

Indicaciones: PACIENTE CON ESGUINCE DE 1RA MTC-F MANO DERECHA G2.

SE INDICA REPOSO EN CASA ESTA SEMANA.

REPOSO DEPORTIVO POR 10 DÍAS.

ATTE.

DR. MARCOS MUÑOZ MUÑOZ
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPE
AUT. 1584/2014
R.D.N. 7232-X

Ramon Muñoz Muñoz

23/04/2024 18:18:59

DATOS DE URGENCIA

NOMBRE	HERNANDEZ PAVEZ, AGUSTINA ISIDORA		OTRO MEDIO IDEN	
EDAD	14 años 6 meses 10 días	RUN O PASAPORTE	23145347-4	PREVISIÓN FONASA - D
FECHA NACIMIENTO	13/10/2009	FECHA INGRESO	23/04/2024	HORA 15:31
TELÉFONO	+56955267896		LEYES SOCIALES	ACCIDENTE ESCOLAR
DIRECCIÓN	ALMIRANTE RIVERO SUR 486. DEP 34. LZO ARENAS		SEXO	FEMENINO
COMUNA	CONCEPCION			

NOMBRE ACOMPAÑANTE				
EST. DERIVADOR				
MEDIO DE TRANSPORTE	PROPIOS MEDIOS			
TIPO DE ACCIDENTE	ESCOLAR			
LUGAR DEL ACCIDENTE				
MOTIVO DE CONSULTA	TORSION DEDOS PULGAR Y MENIQUE MANO DERECHA			
OBSERVACIÓN TRIAGE	RAM NO ANTECEDENTES NO CX NO TORSIÓN DEDOS MANO DERECHA			
PESO 52,400	ALTURA	IMC	SUPERFICIE CORPORAL 1,56 M2	

HISTORIAL DE CATEGORIZACIÓN		CATEGORIZACIÓN	RESPONSABLE
FECHA/HORA			
23/04/2024 16:29		C4	ENF. YESICA HORTENSIA ORIAS AREVALO

SIGNOS VITALES										
PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	ESCALA VISUAL	T° AXILAR	T° RECTAL	ESCALA GLASGOW	SATURACIÓN OXÍGENO	HEMOGLUCOTEST	FECHA/HORA	RESPONSABLE
	91	16		36.5		15	99		16:28 23/04/2024	ENF. YESICA HORTENSIA ORIAS AREVALO

HORA ATENCIÓN 17:00 SUBESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGIA INFANTIL

ANAMNESIS		RESPONSABLE	FECHA/HORA
ANAMNESIS			
EN COLEGIO HIPEREXTENSIÓN DE PULGAR DERECHO CON BALÓN DE BASQUETBOL AL EX SIN DEFORMIDAD CON DOLOR Y AUMENTO DE VOLUMEN DE MTC-F		RAMON MARCOS MUÑOZ MUÑOZ	23/04/2024 17:00:00

EXAMEN FISICO		RESPONSABLE	FECHA/HORA
EXAMEN FISICO			

ALCOHOLEMIA NO
INFORME LESIONES NO

Prescrito por	Descripción	Administrador Por	Fecha	Motivo Rechazo
MED. RAMON MARCOS MUÑOZ MUÑOZ	RX - MANO AP-LAT DERECHA	MED. RAMON MARCOS MUÑOZ MUÑOZ	23/04/2024 17:21	
MED. RAMON MARCOS MUÑOZ MUÑOZ	RX - MANO AP-OBLICUA DERECHA	MED. RAMON MARCOS MUÑOZ MUÑOZ	23/04/2024 17:21	

EVOLUCIONES		Fecha	Responsable
Comentario			
RX SIN IMAGEN DE FX SE INMOVILIZA CON FÉRULA DIGITAL		23/04/2024 18:16	MED. RAMON MARCOS MUÑOZ MUÑOZ

INDICACIONES AL ALTA
REPOSO EN CASA ESTA SEMANA
REPOSO DEPORTIVO POR 10 DÍAS
FÉRULA POR 7 DÍAS
CONTROL EN URGENCIAS S.O.S

Fármacos al alta
1 DICLOFENACO (SÓDICO) COMPRIMIDO 50 MG ORAL COMPRIMIDO CADA 8 HORA(S) POR 3 DÍAS

GES NO
PROBLEMA GES

Hipótesis Diagnóstica	Tipo	Fecha	Complemento a Diagnóstico	Responsable
ESGUINCE PULGAR	PRINCIPAL	23/04/2024 18:16	DERECHO	MED. RAMON MARCOS MUÑOZ MUÑOZ

La hipótesis diagnóstica (o diagnóstico) es provisoria, pues puede sufrir alteraciones debidas a la evaluación de la condición del consultante. Si las molestias persisten o aumentan, debe recurrir de inmediato a atención médica.

MINISTERIO DE SALUD
S. S. CONCEPCION
HOSP GUILLERMO GRANT BENAVENTE

N° DE DAU 46364/2024
N° DE CP 7096748

DESTINO	DOMICILIO	PRONÓSTICO MÉD. LEGAL PROVISORIO	LEVE
PROFESIONAL QUE AUTORIZA EL ALTA		MEDICO - RAMON MARCOS MUÑOZ MUÑOZ	RUN 15878287-1
FECHA/HORA DE TÉRMINO DE LA ATENCIÓN			23/04/2024 18:19:06

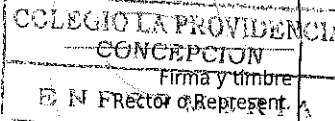
La hipótesis diagnóstica (o diagnóstico) es provisoria, pues puede sufrir alteraciones debidas a la evaluación de la condición del consultante. Si las molestias persisten o aumentan, debe recurrir de inmediato a atención médica.

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

A. ESTABLECIMIENTO		RUT 65082446-6	RBD 4659-0	N°1
COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION		CONCEPCIÓN	CONCEPCIÓN	
Nombre Establecimiento		Ciudad	Comuna	
1º MEDIO A		14:28:32	23/04/2024	PARTICULAR SUBVENCIONADO
Curso	Horario	Fecha registro datos	Tipo colegio	

B. INDIVIDUALIZACION DEL ACCIDENTADO		R.U.T 23145347-4			
HERNÁNDEZ	PAVEZ	AGUSTINA ISIDORA F	13/10/2009	14	
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Sexo	Fecha nacimiento	Edad
ALMIRANTE RIVERO SUR N° 486. DEPTO. 34 LAGUNA REDONDA		CONCEPCIÓN		CONCEPCIÓN	
Dirección		Comuna	Ciudad		

C. INFORME SOBRE EL ACCIDENTE (Fecha, hora y día de la semana en que se accidentó)				
14:28	2024	04	23	Testigos: (en caso de Trayecto)
Hora y minutos	AÑO	MES	DÍA	
MARTES		EN EL ESTABLECIMIENTO		a) Nombre - Apellido C. Nac. de Ident.
Día del accidente	Lugar accidente		b) Nombre - Apellido	C. Nac. de Ident.
Circunstancias del accidente (Describa cómo ocurrió - casual) JUGANDO BASQUETBOL RECIBE MAL EL BALÓN DOLOR PULGAR Y MEÑIQUE DERECHO				



D. NATURALEZA Y CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE (LLENADO SOLO POR ESTABLEC. ASISTENCIAL)	
ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	CODIGO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DIAGNOSTICO MEDICO	
PARTE DEL CUERPO AFECTADA TIPO INCAPACIDAD LEVE =1 TEMPORAL =2 INVALIDEZ PARCIAL =3 <input type="checkbox"/> INVALIDEZ TOTAL =4 GRAN INVALIDEZ =5 MUERTE =6	HOSPITALIZACION SI=1 <input type="checkbox"/> NO=2 <input type="checkbox"/> CAUSAL CIERRE DEL CASO ALTA MEDICA =1 INVALIDEZ =2 <input type="checkbox"/> ABANDONA TRATAM. =3 MUERTE =4
INCAPACIDAD SI=1 <input type="checkbox"/> NO=2 <input type="checkbox"/> FECHA CIERRE DEL CASO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑO MES DIA	
FIRMA DEL ESTADISTICO	