

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. P. MARCOS MUÑOZ MUÑOZ
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
091-656-2114
EOM: 2222K

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
FECHA NACIMIENTO	13/10/2009	FECHA INGRESO	23/04/2024	HORA
TELÉFONO	+56955267896			LEYES SOCIALES
DIRECCIÓN	ALMIRANTE RIVERO SUR 486. DEP 34. LZO ARENAS			SEXO
COMUNA	CONCEPCION			FEMENINO
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

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

SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	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 ORIA AREVALO

HORA ATENCIÓN 17:00

SUBESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGIA INFANTIL

ANAMNESIS

ANAMNESIS	RESPONSABLE	FECHA/HORA
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

EXAMEN FISICO	RESPONSABLE	FECHA/HORA

ALCOHOLEMIA NO

INFORME LESIONES NO

INDICACIONES

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-OBCLICA DERECHA	MED. RAMON MARCOS MUÑOZ MUÑOZ	23/04/2024 17:21	

EVOLUCIONES

Comentario	Fecha	Responsable
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

DIAGNÓSTICOS

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
F-DSP GUILLERMO GRANT BENAVENTE

Nº DE DAU 46364/2024
Nº 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

Nº1

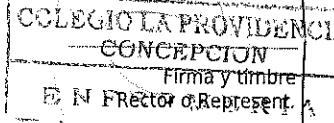
COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION		CONCEPCIÓN	CONCEPCIÓN
Nombre Establecimiento		Ciudad	Comuna
1º MEDIO A	14:28:32	23/04/2024	PARTICULAR SUBVENCIONADO
Curso	Horario	Fecha registro datos	Tipo colegio

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
ALMIRANTE RIVERO SUR N° 486, DEPTO. 34 LAGUNA REDONDA		CONCEPCIÓN	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	a) _____ Nombre - Apellido C. Nac. de Ident.
MARTES		EN EL ESTABLECIMIENTO		
Circunstacias del accidente (Describa cómo ocurrió - casual) JUGANDO BASQUETBOL RECIBE MAL EL BALÓN DOLOR PULGAR Y MEÑIQUE DERECHO				
 COLEGIO LA PROVIDENCIA CONCEPCIÓN Firma y timbre E N F Rector o Representante				

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE (LLENADO SOLO POR ESTABLEC. ASISTENCIAL)

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	S S - Establec.
	CODIGO <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
DIAGNOSTICO MEDICO	
PARTE DEL CUERPO AFECTADA	HOSPITALIZACION
SI=1 NO=2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DIAS HOSP.	DIAS INCAP.
INCAPACIDAD	INCAPACIDAD
SI=1 NO=2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
FECHA CIERRE DEL CASO	FECHA CIERRE DEL CASO
ALTA MEDICA =1 INVALIDEZ =2 ABANDONA TRATAM. =3 MUERTE =4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TEMPORAL =2 INVALIDEZ PARCIAL =3 <input type="checkbox"/> INVALIDEZ TOTAL =4 <input type="checkbox"/> GRAN INVALIDEZ =5 MUERTE =6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
AÑO MES DIA	
FIRMA DEL ESTADISTICO	