

DATO DE ATENCION DE URGENCIA (D.A.U.)

31/05/2022

19:08

TOS PERSONALES

| | | | |
|---------------|--------------|-------------|--------------------------------|
| | | Nº de CP | : U0001137694 |
| | : 22812512-1 | Nº Registro | : 000123610 |
| | : 13a 8m 29d | Nombre | : EMILIA PADILLA MANRIQUEZ |
| ta Nacimiento | : 02/09/2008 | Sexo | : Mujer |
| fono | : 415437 | Previsión | : Fonasa Grupo D |
| iuna | : Hualpén | Domicilio | : NAPOLES 3025 A. A. DEL CANTO |

TOS DE ADMISIÓN

| | | | | | |
|--------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------|---------|---|
| l Ingreso | : 17:10 | Fecha Ingreso | : 31/05/2022 | NºFicha | : |
| isor | : PAOLA NOEMIMORAGA LEAL | Clasificación Consulta | : ATENCION MEDICA NIÑO Y ADULTO | | |
| edencia | : Espontáneo | Llegada en | : A Pie | | |
| enciones Ant. | : 13 | Previsión Episodio | : Fonasa Grupo D | | |
| ta Última Atención | : 11/01/2022 | Condición de Urgencia | : No Aplica | | |
| vo Consulta | : CAIDA Y TORSION EN PIE DERECHO. ACCIDENTE ESCOLAR ALERG(NO) | | | | |

EGORIZACIÓN

| | |
|-------------|------------------------------|
| entarios | : |
| gorización: | C5 - Atención médica general |

Fecha / Hora: 31/05/2022 17:29

Realizado Por:

CAROLINA REYMAN
VALDEBENITO

rol Signos Vitales:

| | | | | | | | | | | |
|----------|-------|--------|---------|------|------|----------|----------|-----|-----|---------|
| ia Hora | Pulso | P.Art. | F.Resp. | FiO2 | SpO2 | T°Axilar | T°Rectal | EVA | HGT | Glasgow |
| 5/2022 9 | 74 | 121/81 | | | 100 | 36 | | | | |

NCIÓN MÉDICA

| | | | | |
|--------------------------------|------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| ASTIAN SALAZAR INZUNZA(Médico) | 31/05/2022 18:13 | FECHA HORA | DESCRIPCIÓN | REGISTRADO POR |
| nesis | 31/05/2022 18:16 | | SAR HUALPEN Enf (-) Alergias fcos (-) Mc: Accidente escolar. Paciente relata caida en escalero de su colegio. NO FUE agredida por 3°. | SEBASTIAN SALAZAR INZUNZA(Médico) |
| nen Físico | 31/05/2022 18:17 | | Aumento de volumen en tobillo derecho y herida erosiva superficial rodilla izquierda. | SEBASTIAN SALAZAR INZUNZA(Médico) |
| lemento Diagnóstico | 31/05/2022 18:54 | | Rx tobillo derecho y rodilla izquierda SIN lesiones oseas traumáticas ni destructivas SOLO aumento de volumen en partes blandas | SEBASTIAN SALAZAR INZUNZA(Médico) |
| lemento Diagnóstico | 31/05/2022 18:54 | | Rechaza analgesia IM | SEBASTIAN SALAZAR INZUNZA(Médico) |
| Indicaciones | 31/05/2022 18:19 | | 1. Reposo por 3 a 7 días con pie en alto 2. Mantener vendaje compresivo en el tobillo o Tobillera durante el día por 1 a 2 semanas. 3. Compresas frías 3 veces al día por 30 min por los primeros 3 días y luego calor local. 4. Paracetamol 500 mg 2 comprimidos cada 8 hrs por 3 a 7 días 5. Diclofenaco 50 mg cada 8 hrs por 3 a 7 días. 6. Prednisona 20 mg 1 al dia por 3 días. 7. NO REALIZAR ACTIVIDAD FISICA POR 3 SEMANAS | SEBASTIAN SALAZAR INZUNZA(Médico) |

TESIS DIAGNÓSTICA CODIFICADA

| | | | | | | |
|--------------|------------------------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------|---------------------------|
| 5/2022 18:19 | ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO | | Hipótesis Diagnóstica | Diagnóstico Principal | No Aplica | SEBASTIAN SALAZAR INZUNZA |
|--------------|------------------------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------|---------------------------|

| aciones | Solicitante | Fecha/Hora Solicitante | Ejecutante | Fecha/Hora Ejecutante | Estado | Categoría | Notas |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------|--------------|-------|
| OBILLO DERECHO AP-L | SEBASTIAN SALAZAR INZUNZA | 31/05/2022 18:15 | LIA GALDAMES SAN MARTIN | 31/05/2022 18:33 | Ejecutado | Imagenología | |
| ODILLA IZQUIERDA AP-L | SEBASTIAN SALAZAR INZUNZA | 31/05/2022 18:15 | LIA GALDAMES SAN MARTIN | 31/05/2022 18:33 | Ejecutado | Imagenología | |

OHOLEMIA: NO

OS DE EGRESO

| | | | |
|------------------------|----------------|--------------------|----------------------------------------|
| lación Cierre Atención | : Vivo | Pertinencia | : Sí |
| stico Médico Legal | : Sin Lesiones | Alta Por | : SEBASTIAN SALAZAR INZUNZA 16156276-9 |
| no | : Domicilio | Fecha Alta Clínica | : 31/05/2022 18:54 |

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

A. ESTABLECIMIENTO

RUT 65082446-6

RBD 4659-0

Nº1

| | | | |
|--------------------------------------|----------|----------------------|--------------------------|
| COLEGIO LA PROVIDENCIA DE CONCEPCION | | CONECEPCIÓN | CONECEPCIÓN |
| Nombre Establecimiento | | Ciudad | Comuna |
| 8º BÁSICO A | 15:29:25 | 31/05/2022 | PARTICULAR SUBVENCIONADO |
| Curso | Horario | Fecha registro datos | Tipo colegio |

B. INDIVIDUALIZACION DEL ACCIDENTADO

R.U.T 22812512-1

| | | | | | |
|---------------------|------------------|-----------------|------|------------------|------|
| PADILLA | MANRÍQUEZ | EMILIA CRISTINA | F | 02/09/2008 | 13 |
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombres | Sexo | Fecha nacimiento | Edad |
| PASAJE NAPOLES 3025 | | HUALPÉN | | HUALPÉN | |

Dirección Comuna Ciudad

C. INFORME SOBRE EL ACCIDENTE (Fecha, hora y día de la semana en que se accidentó)

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|-----|---------------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| 15:29 | 2022 | 05 | 31 | Testigos: (en caso de Trayecto) | | |
| Hora y minutos | AÑO | MES | DÍA | a) | Nombre - Apellido | C. Nac. de Ident. |
| MARTES | | EN EL ESTABLECIMIENTO | | b) | Nombre - Apellido | C. Nac. de Ident. |
| Día del accidente | Lugar accidente | | | | | |
| Circunstacias del accidente (Describa cómo ocurrió - casual) CAIDA ESCALERA, SE TUERCE PIE DERECHO Y CONTUSIÓN RODILLA IZQUIERDA. | | | | | | Firma y timbre Rector o Represent. |
|  | | | | | | |

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 | DIAS HOSP. | INCAPACIDAD | DIAS INCAP. |
| SI=1 NO=2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | SI=1 NO=2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| CAUSAL CIERRE DEL CASO | | | | |
| LEVE =1 TEMPORAL =2 INVALIDEZ PARCIAL =3 <input type="checkbox"/> INVALIDEZ TOTAL =4 <input type="checkbox"/> GRAN INVALIDEZ =5 MUERTE =6 | ALTA MEDICA =1 INVALIDEZ =2 <input type="checkbox"/> ABANDONA TRATAM. =3 <input type="checkbox"/> MUERTE =4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| FECHA CIERRE DEL CASO | | | | |
| AÑO MES DIA | | | | |
| FIRMA DEL ESTADISTICO | | | | |