

DATOS PERSONALES

N° de CP : U0001137694

Identificación	: 22812512-1	N° Registro	: 000123610
Fecha de Nacimiento	: 13a 8m 29d	Nombre	: EMILIA PADILLA MANRIQUEZ
Fono	: 02/09/2008	Sexo	: Mujer
Correo	: 415437	Previsión	: Fonasa Grupo D
Domicilio	: Hualpén	Domicilio	: NAPOLES 3025 A. A. DEL CANTO

DATOS DE ADMISIÓN

Fecha de Ingreso	: 17:10	Fecha Ingreso	: 31/05/2022	N° Ficha	:
Nombre del Paciente	: PAOLA NOEMIMORAGA LEAL	Clasificación Consulta	: ATENCION MEDICA NIÑO Y ADULTO		
Origen de la Consulta	: Espontáneo	Llegada en	: A Pie		
Antecedentes	: 13	Previsión Episodio	: Fonasa Grupo D		
Última Atención	: 11/01/2022	Condición de Urgencia	: No Aplica		
Motivo de Consulta	CAIDA Y TORSION EN PIE DERECHO. ACCIDENTE ESCOLAR ALERG(NO)				

CATEGORIZACIÓN

Entidad	:	Fecha / Hora:	31/05/2022 17:29	Realizado Por:	CAROLINA REYMAN VALDEBENITO
Categorización:	C5 - Atención médica general				

Signos Vitales

Fecha Hora	Pulso	P.Art.	F.Resp.	FiO2	SpO2	T°Axilar	T°Rectal	EVA	HGT	Glasgow
31/05/2022 19:08	74	121/81			100	36				

EVOLUCIÓN MÉDICA

FECHA HORA	DESCRIPCIÓN	REGISTRADO POR
31/05/2022 18:13		
31/05/2022 18:16	SAR HUALPEN Enf (-) Alergias fcos (-) Mc: Accidente escolar. Paciente relata caída en escalero de su colegio. NO FUE agredida por 3°.	SEBASTIAN SALAZAR INZUNZA(Médico)
31/05/2022 18:17	Aumento de volumen en tobillo derecho y herida erosiva superficial rodilla izquierda.	SEBASTIAN SALAZAR INZUNZA(Médico)
31/05/2022 18:54	Rx tobillo derecho y rodilla izquierda SIN lesiones óseas traumáticas ni destructivas SOLO aumento de volumen en partes blandas	SEBASTIAN SALAZAR INZUNZA(Médico)
31/05/2022 18:54	Rechaza analgesia IM	SEBASTIAN SALAZAR INZUNZA(Médico)
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 día por 3 días. 7. NO REALIZAR ACTIVIDAD FISICA POR 3 SEMANAS	SEBASTIAN SALAZAR INZUNZA(Médico)

ANÁLISIS DIAGNÓSTICA CODIFICADA

FECHA HORA	ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO	Hipótesis Diagnostica	Diagnóstico Principal	No Aplica	SEBASTIAN SALAZAR INZUNZA
31/05/2022 18:19					


Acciones	Solicitante	Fecha/Hora Solicitante	Ejecutante	Fecha/Hora Ejecutante	Estado	Categoría	Notas
TOBILLO DERECHO AP-L	SEBASTIAN SALAZAR INZUNZA	31/05/2022 18:15	LIA GILDAMES SAN MARTIN	31/05/2022 18:33	Ejecutado	Imagenologia	
RODILLA IZQUIERDA AP-L	SEBASTIAN SALAZAR INZUNZA	31/05/2022 18:15	LIA GILDAMES SAN MARTIN	31/05/2022 18:33	Ejecutado	Imagenologia	

ANEMIA: NO

DATOS DE EGRESO

Alta Médica	: Vivo	Pertinencia	: Si
Alta Médico Legal	: Sin Lesiones	Alta Por	: SEBASTIAN SALAZAR INZUNZA 16156276-9
Alta Social	: Domicilio	Fecha Hora Alta Clínica	: 31/05/2022 18:54

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			
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	
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	
Hora y minutos		AÑO		MES		DÍA	
MARTES				EN EL ESTABLECIMIENTO			
Día del accidente		Lugar accidente		Nombre - Apellido		C. Nac. de Ident.	
Circunstancias del accidente (Describe cómo ocurrió - casual)							
CAIDA ESCALERA, SE TUERCE PIE DERECHO Y CONTUSIÓN RODILLA IZQUIERDA.							
<div style="text-align: right;">  <p>Firma y timbre Rector o Represent.</p> </div>							
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		HOSPITALIZACION		DIAS HOSP.		INCAPACIDAD	
		SI=1 <input type="checkbox"/> NO=2 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		SI=1 <input type="checkbox"/> NO=2 <input type="checkbox"/>	
TIPO INCAPACIDAD		CAUSAL CIERRE DEL CASO		FECHA CIERRE DEL CASO			
LEVE =1		ALTA MEDICA =1		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
TEMPORAL =2		INVALIDEZ =2 <input type="checkbox"/>		AÑO MES DIA			
INVALIDEZ PARCIAL =3 <input type="checkbox"/>		ABANDONA TRATAM. =3 <input type="checkbox"/>					
INVALIDEZ TOTAL =4 <input type="checkbox"/>		MUERTE =4					
GRAN INVALIDEZ =5							
MUERTE =6							
FIRMA DEL ESTADISTICO							