

## Dato de Atención de Urgencia

SAPU  
Municipalidad De Concepción

Dato Nº :  
Fecha Admisión:  
Hora Admisión:

55739  
10/03/2023  
18:55:58

Centro Paciente: CESFAM SANTA SABINA

Nombre: CASTILLO ITURRA EMILIA TRINIDAD

R.U.N.: 25725790-8

Edad: 5 años 11 meses 7 dias  
Fecha nac.: 03/04/2017

Domicilio: C BELLAVISTA 546 C10 10

Teléfono: 975181553

País de Nacimiento: Chile

Hora Entrada Box: 19:15:27

Recepcionado por: REBOLLEDO REBOLLEDO, CAROLINA MAGDALENA

Acompañante: PADRE JAIME CASTILLO 8596959-5

Motivo Administrativo:

**sintomas de resfrio**

Motivo de consulta:

**SINTOMAS DE RESFRÍO**

Tipo de Accidente:

Lugar Accidente:

ALERGICO: NO

Categorización:

- C5 10/03/2023 18:58 BUSTOS SANCHEZ SANDRA NATACHA IVETTE

SIGNS	HORA	PAS	PAD	TEMPERATURA RECTAL	T. AXILAR	FRECUENCIA CARDIACA	PAM	SAT.	O2	FREC.	RESP.	GLICEMIA
VITALES	18:58:32				36		87					98

Anamnesis y Ex. Fisico:

Enf. crónica: NO

Alergia: NO

VACUNAS: 2 DOSIS

PESO: 35 KG

CONTACTO CON CASO COVID 19: (-)

ALERGIA A MEDICAMENTOS: (-)

SINTOMAS DE RESFRIO DESDE HACE 3 DIAS

RINORREA HIALINA – FARINGE HIPEREMICA

PACIENTE ESTABLES CONDICIONES GENERALES-EUPNEICO – SONIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES EN AMBOS HEMITORAX SIN AGREGADOS-RsCsRs

Hipótesis Diagnóstica:

INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA

Procedimientos:

**NO SE REGISTRARON.**

Medicamentos:

**NO SE REGISTRARON.**

Diagnóstico de Salida:

INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA (25782590-6 - JAMIL ORTEGOZA MORENO) - (Fecha:10/03/2023) - (Hora: 19:18:52)

Indicaciones:

SALBUTAMOL 2 PUFF CADA 6 HORAS POR 5 DIAS // // PREDNISONA 20MG /5-- 5ml CADA 24 HORAS POR 5 DIAS //

CLORFENAMINA 2/5 DAR A TOMAR 7ml CADA 8 HORAS POR 5 DIAS // IBUPROFENO 200/5 dar a tomar 5ml cada 8 hrs por 3 dias // CONTROL S.O.S. SI PERSISTEN LOS SINTOMAS//REPOSO DESDE EL 08 HASTA EL 10/03--

Destino: DOMICILIO

Condición Cierre Atención: Alta Médica

Motivo:

Hora egreso: 19:18:52

(MEDICO) ORTEGOZA MORENO, JAMIL 25782590-6

Nombre Médico Tratante

Documento

Dr.Jamil Rodolfo Ortegoza Moreno  
Medicina General  
RUT: 25.782.590-6

Firma

Firma Paciente

Dejo constancia de haber recibido copia de este formulario con el diagnóstico, procedimientos realizados e indicaciones recibidas.  
EL SAPU CORRESPONDE A UNA ATENCION CLINICA DE URGENCIA, SI SU CONDICION CLINICA SE AGRAVA DEBERA VOLVER A CONSULTAR AL SAPU U HOSPITAL A LA BREVEDAD.

