

Dato de Atención de Urgencia

SAPU  
Municipalidad De Concepción

Dato N° :  
Fecha Admisión:  
Hora Admisión:

2  
18/03/  
10:

Centro Paciente:

Nombre: **FUENTEALBA VALENZUELA MAITE YUE**

R.U.N.: 26534546-8

Edad: 4 años 4 meses 24 días

Domicilio: SALAS 128

Fecha nac.: 22/10/2018

Teléfono: 987606221

Sexo: Femenino

Ficha: 20390600000

Previsión: FONASA GPO-D

País de Nacimiento: Chile

Nacionalidad: Chileno

Pertenece a un Pueblo Indígena: No

Hora Entrada Box: 11:10:11

Recepcionado por: BRICEÑO VEGA, STEFFANY

Acompañante: **VERONICA VALENZUELA (MADRE)**

Motivo Administrativo:

**SINTOMAS DOLOR DE CABEZA, GARGANTA, CONGESTION Y FIEBRE, HACE 4 DIAS**

Motivo de consulta:

**sapu**

Tipo de Accidente:

Lugar Accidente:

ALERGICO: **NO**

Categorización:

• **C5 18/03/2023 11:02 MEDINA MENDOZA RUTH**

SIGNOS VITALES	HORA	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	TEMPERATURA RECTAL (°C)	T. AXILAR (°C)	FRECUENCIA CARDIACA (Lpm)	PAM	SAT. O2 (%)	FREC. RESP. (Respiraciones/Minuto)	GLICE (mg/
	11:02:04				36.2	152		97		

Anamnesis y Ex. Fisico:

ANTECEDENTES NO

ALERGICO NO

peso 20 kilos

am asma

alergias niega

traid a urgencia por rpesnetar desde hace 4 dias congestion nasal concomitante odinfoagia cefalea y tos

examen fisico

bcg afebril eupneica

faringe congestiva sin exudado

cp: mp + sra rr2t ss

Exploración:

T. Axilar: 36.2

Frecuencia Cardiaca: 152

Sat. O2: 97

Hipótesis Diagnóstica:

INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA

Procedimientos:

**NO SE REGISTRARON.**

Medicamentos:

**NO SE REGISTRARON.**

Actuación:

**NO REGISTRA.**

Diagnóstico de Salida:

Folio: 20378

INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA (25804886-5 - JESSICA REY HINCAPIE)- (Fecha:18/03/2023)- (Hora: 11:21:41)

## Indicaciones:

aseo nasal frecuente  
paracetamol 160/5 6 ml cada 6 hora sos temp >37.8°C o malestar general  
desloratadina 2.5/5 5 ml al día por 5 días  
levodropropizina jarabe 5 ml cada 8 horas por 5 días  
reposo medico por 5 días  
urgencia sos

Destino: DOMICILIO

Condición Cierre Atención: Alta Médica

Motivo:

Hora egreso: 11:21:41

(MEDICO) REY HINCAPIE, JESSICA 25804886-5

Nombre Médico Tratante

Documento

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.

DATOS DE URGENCIA

NOMBRE  
EDAD  
FECHA NACIMIENTO  
TELÉFONO  
DIRECCIÓN  
COMUNA

FUENTEALBA VALENZUELA, MAITE YUE  
4 años 4 meses 27 días  
22/10/2018  
987606221/987606221  
CALLE LAUTARO 566 DEPTO 42  
CONCEPCION

RUN O PASAPORTE  
FECHA INGRESO

26534546-8  
18/03/2023

OTRO MEDIO IDEN  
PREVISIÓN  
HORA  
LEYES SOCIALES  
SEXO

FONASA - D  
14:12  
SEGUN PREVISION  
FEMENINO

NOMBRE ACOMPAÑANTE  
MEDIO DE TRANSPORTE  
TIPO DE ACCIDENTE  
LUGAR DEL ACCIDENTE  
MOTIVO DE CONSULTA  
OBSERVACIÓN TRIAGE

FIEBRE DOLOR DE CABEZA Y ABDOMEN RESFRIO  
//CVMF  
ALERGIAS-  
ANTEC ASMA

PESO 20 KG  
ALTURA  
IMC  
SUPERFICIE CORPORAL 0,83 M2

FECHA/HORA	CATEGORIZACIÓN	RESPONSABLE
18/03/2023 14:36	C4	TEC. MARITZA EDITH EDITH

PRESTION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	ESCALA VISUAL	Tº AXILAR	Tº RECTAL	ESCALA GLASGOW	SATURACIÓN OXIGENO	HEMOGLUCOTEST	FECHA/HORA	RESPONSABLE
	144			37.2			97		14:36 18/03/2023	TEC. MARITZA EDITH EDITH

HORA ATENCIÓN 15:01  
ANAMNESIS

ANAMNESIS  
SINOTMAS DE RESFRIO HACE 3 DIAS FIEBRE EN LAS NOCHES ALERGIA -

RESPONSABLE  
ARQUIMEDES GUEVARA SANCJHEZ

FECHA/HORA  
18/03/2023 15:01:08

EXAMEN FISICO

EXAMEN FÍSICO  
FARINGE CONGESTIVA, NO EXUDATIVA MP+SRA

RESPONSABLE  
ARQUIMEDES GUEVARA SANCJHEZ

FECHA/HORA  
18/03/2023 15:01:26

ALCOHOLEMIA  
INFORME LESIONES

NO  
NO

INDICACIONES

Prescrito por  
MED. ARQUIMEDES GUEVARA SANCJHEZ

Descripción  
TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENOS SARS-COV-2

Administrador Por  
ENF. CAMILA TORRES SILVA

Fecha  
18/03/2023 15:04

Motivo Rechazo

Receta Electronica

IBUPROFENÓ - SUSPENSIÓN ORAL 200 MG/5 ML - VIA ORAL - FRASCO 100 ML Tomar 4 Mililitro(s) S.O.S. (cuando sea necesario) por 5 Día(s)

SALBUTAMOL - AEROSOL 100 MCG/1 DOSIS - VIA INHALATORIA - INHALADOR 200 DOSIS Inhalar 2 Dosis S.O.S. (cuando sea necesario) por 10 Día(s)

CLORFENAMINA - JARABE 2 MG/5 ML - VIA ORAL - FRASCO 120 ML Tomar 2,5 Mililitro(s) cada 8 horas por 4 Día(s)

INDICACIONES AL ALTA

HIDRATACION ADECUADA  
ENTREGO DAU  
REPOSO POR 5 DIAS

GES  
PROBLEMA GES

NO

Hipótesis Diagnóstica	Tipo	Fecha	Complemento a Diagnóstico	Responsable
FARINGITIS AGUDA	PRINCIPAL	18/03/2023 15:01		MED. ARQUIMEDES GUEVARA SANCJHEZ

DESTINO DOMICILIO  
PRONÓSTICO MÉD. LEGAL PROVISORIO LEVE  
PROFESIONAL QUE AUTORIZA EL ALTA MEDICO - ARQUIMEDES GUEVARA SANCJHEZ  
FECHA/HORA DE TÉRMINO DE LA ATENCIÓN 18/03/2023 15:19:18

RUN  
23056541-4

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.