



NOMBRE : SOFIA IGNACIA VENEGAS DEL VALLE
RUT : 23019525-0
DOMICILIO : PJE.HERNAN DIAZ ARRIETA 130
F. ATENCION : 06/05/2022 18:14:37 **EDAD** : 12 años

Rp.

REPOSO EN DOMICILIO X 5 DIAS

DG: COSTOCONDRTIS

viernes, 6 mayo, 2022



ARAYA MEDINA JAVIERA
Rut: 19.091.756- 8

Av. Pedro de Valdivia 801 Concepción • Contac Center 800 100 555 • www.sanatorioaleman.cl

DATOS DEL PACIENTE.

Nombre : VENEGAS DEL VALLE SOFIA IGNACIA
 Domicilio : PJE.HERNAN DIAZ ARRIETA 130
 Fecha Nacimiento : 16/05/2009
 Edad : 12 años
 Telefono : 976068324
 Comuna : SAN PEDRO DE LA PAZ

Correo : LORENAKDELVALLE@GMAIL.COM
 Prevision : ISAPRE CRUZ BLANCA
 Bienestar :
 Titular :
 Peso : 69.00 Pr.Art : 0 T.Axilar : 36.60 Fr.Resp. : Hgt :
 Talla : 0.00 Pulso : 111.00 T.Rectal : 0.00 Sat.O2 : 99.00

Categorización : C4
 R.U.T. : 23.019.525-0
 Fecha Admision : 06/05/2022 17:05:30
 Fecha Categorización : 06/05/2022 17:10:30
 Fecha Llamada : 06/05/2022 17:51:35
 Fecha Atencion : 06/05/2022 18:14:37
 Fecha Alta : 06/05/2022 19:16:55

Motivo Consulta

DOLOR TORACICO

Anamnesis y Antecedentes Clinicos

SIN AM
 SIN ALERGIAS
 NO VACUNADA CONTRA COVID 19
 SIN ANTECEDENTE DE CONTACTO COVID (+) NI RECIENTE

CONSULTA POR DOLOR TORACICO HACE 2-3 DIAS, SE EXACERBA CON EL EJERCICIO. DE TIPO PUNTADA, ACTUALMENTE 6/10
 SIN OTRO SINTOMA ASOCIADO
 REFIERE SITUACION ESTRESANTE EN COLEGIO CONTINUA, ACTUALMENTE EXACERBADA

Examen Fisico

MUCOSAS ROSADAS, HIDRATADAS
 RR2TSS
 MP (+) SRA, BUENA EXPANSION PULMONAR
 DOLOR A PALPACION PARAESTERNAL IZQ
 DOLOR AUMENTA EN INSPIRACION

Examenes Solicitados

SIN EXAMENES

Diagnosticos

00778 DOLOR TORAXICO

COSTOCONDritis

Tratamientos

SIN TRATAMIENTO

Procedimientos

Indicaciones

ECG

AL ALTA:
 HIDRATACION ABUNDANTE
 REPOSO EN DOMICILIO X 5 DIAS
 ACTRON 400 MG 1 COMP CADA 8 HORAS X 3 DIAS VO
 RESEATAR INFORME ELECTROCARDIOGRAMA
 CONTROL URG SOS

Caracter de las Lesiones

Leve Mediana Gravedad Grave Reservado

No Aplica

Procedimientos de Enfermeria

19:00 ECG

ARAYA MEDINA JAVIERA

19.091.756° 8

Nombre y Firma del Medico

Nombre y Firma del Enfermero(a)

VENEGAS DEL VALLE SOFIA IGNACIA

Nombre y Firma del Paciente (o representante)

Declaro haber recibido copia de los examenes realizados durante esta atencion.

Estimado Paciente: Los procedimientos efectuados y las indicaciones que se les han dado corresponden a las primeras etapas de su tratamiento. Es conveniente que acuda a un control con el medico de su preferencia. En caso de que las molestias persistan antes de lograr dicho control dentro de las 24 horas siguientes, usted puede acudir a una reevaluacion en el Servicio de Urgencia de la Clinica de la Mujer Sanatorio Aleman, la que se realizara sin costo de honorarios medicos por parte de nuestros Propios facultativos.

Les agradecemos dejar sus comentarios sobre la atencion en el buzon de sugerencias. Su opinion nos permitira mejorar.