

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

08/05/2022  
22:27

**DATOS PERSONALES**

N° de CP : U0001116462

RUN	: 23890099-9	N° Registro	: 000680703
Edad	: 10a 2m 3d	Nombre	: SOFÍA ANTONIA CONTRERAS CORTÉS
Fecha Nacimiento	: 05/03/2012	Sexo	: Mujer
Teléfono	: 944695117	Previsión	: Fonasa Grupo D
Comuna	: Concepción	Domicilio	: ONGOLMO 1567

**DATOS DE ADMISIÓN**

Hora Ingreso	: 20:47	Fecha Ingreso	: 08/05/2022	N°Ficha	:
Admisor	: Monna Javiera Palma Gutiérrez	Clasificación Consulta	: ATENCION MEDICA NIÑO Y ADULTO		
Procedencia	: Espontáneo	Llegada en	: A Pie		
N°Atenciones Ant.	: 7	Previsión Episodio	: Fonasa Grupo D		
Fecha Última Atención	: 25/06/2021	Condición de Urgencia	:		
Motivo Consulta	: TOS Y CONGESTIONN / R				

**CATEGORIZACIÓN**

Comentarios	:
-------------	---

**Control Signos Vitales:**

Fecha Hora	Pulso	P.Art.	F.Resp.	FiO2	SpO2	T°Axilar	T°Rectal	EVA	HGT	Glasgow
08/05/2022 22:12					99	37.4				

**ATENCIÓN MÉDICA**

VERONICA FUENTES SEGURA(Médico)	08/05/2022 22:12		
TIPO	FECHA HORA	DESCRIPCIÓN	REGISTRADO POR
Anamnesis	08/05/2022 22:18	paciente traída por su madre por tos seca y congestión de 3 días de evolución con aumento progresivo de los síntomas covid en febrero	VERONICA FUENTES SEGURA(Médico)
Examen Físico	08/05/2022 22:18	faringe congestiva ex pulmonar normal sin ruidos agregados	VERONICA FUENTES SEGURA(Médico)
Plan Indicaciones	08/05/2022 22:18	ibuprofeno jbe 200/5 ml 5 cc c/8 hrs por 3 días reposo por 3 días	VERONICA FUENTES SEGURA(Médico)

**HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA CODIFICADA**

08/05/2022 22:18	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA		Hipótesis Diagnostica	Diagnóstico Principal	No Aplica	VERONICA FUENTES SEGURA
------------------	-----------------------------------	--	-----------------------	-----------------------	-----------	-------------------------

**ALCOHOLEMIA:** NO

**DATOS DE EGRESO**

Condición Cierre Atención	: Vivo	Pertinencia	: Sí
Pronóstico Médico Legal	: Sin Lesiones	Alta Por	: VERONICA FUENTES SEGURA 9638348-7
Destino	: Domicilio	Fecha Hora Alta Clínica	: 08/05/2022 22:18

Indicaciones término Atención	: ibuprofeno jbe 200/5 ml 5 cc c/8 hrs por 3 días reposo por 3 días
-------------------------------	--

Reporte generado por: Gisela Santana Toloza      Firma Paciente/Representante Legal      Médico: VERONICA FUENTES SEGURA 9638348-7

Estimado Paciente: La evaluación del tratamiento indicado y los controles posteriores deben efectuarse en el consultorio de atención primaria o con su médico de cabecera. La persistencia o agravamiento de sus síntomas deben ser evaluados en el servicio de urgencia más cercano.