

Dato de Atención de Urgencia

SAPU  
Municipalidad De Concepción

Dato N° :  
Fecha Admisión:  
Hora Admisión:

79217  
12/03/2024  
19:21:32

Centro Paciente: **CESFAM LORENZO ARENAS**

Nombre: **CAÑAS VERA JOSEFA ANTONIA** R.U.N.: 24108102-8

Edad: 11 años 4 meses 13 días

Domicilio: **MENCIA LOS NIDOS 450**

Fecha nac.: 28/10/2012

Teléfono: 411111111 /  
979078394

Sexo: Femenino

Ficha: 478870810113003

Previsión: FONASA GPO-B

País de Nacimiento: Chile

Nacionalidad: Chileno

Pertenece a un Pueblo Indígena: Si (Ninguno)

Hora Entrada Box: 19:28:43

Recepcionado por: **PARRA BELMAR, MARIA JOSE**

Acompañante: **NICOL VERA MADRE**

Motivo Administrativo:

**ref congestin nasal**

Motivo de consulta:

**CONGESTION DOLOR DE CABEZA CONGESTION DOLOR DE CABEZA**

Tipo de Accidente:

Lugar Accidente:

ALERGICO: **NO**

Categorización:

• **C4 12/03/2024 19:28 RETAMAL CUEVAS DAVID**

SIGNOS VITALES	HORA	PAS	PAD	TEMPERATURA RECTAL	T. AXILAR	FRECUENCIA CARDIACA	SAT. O2	FREC. RESP.	GLICEMIA
	19:28:13				37.2	130	100		

Anamnesis y Ex. Fisico:

ALER(-)

ALER(-) / AC MORBIDOS: (-)

CURSANDO CON CONGESTION NASAL Y DOLOR DE CABEZA DE 1 DIA DE EVOLUCIÓN, MOLESTIAS GARGANTA

SIN SIGNOS DIF RESPIRATORIA

FARINGE ERITEMATOSA, SIN PLACAS DE PUJS

RR2T, NAS

MP +, SRA

Hipótesis Diagnóstica:

RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Procedimientos:

**NO SE REGISTRARON.**

Medicamentos:

**NO SE REGISTRARON.**

Pronóstico Med. Legal: SIN LESIONES

Diagnóstico de Salida:

RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) (17349662-1 - IGNACIO RENATO GAJARDO JOFRE) - (Fecha: 12/03/2024) - (Hora: 19:35:08)

Indicaciones:

REPOSO EN CASA POR EL RESTO DE LA SEMANA

HIDRATACIÓN ABUNDANTE

PÁRACETAMOL 500 MG CADA 8 HRS VO X 3 DIAS

IBUPROFENO 400MG: MEDIO COMP CADA 8 HRS VO X 3 DIAS - LUEGO SUSPENDER

DESLOMATADINA 1 COMP AL DIA X 3 DIAS

MEDICO SOS.

Destino: DOMICILIO

Condición Cierre Atención: Alta Médica

Motivo:

Fecha egreso: **12/03/2024**

Hora egreso: **19:35:08**

(MEDICO) GAJARDO JOFRE, IGNACIO RENATO

Nombre Médico Tratante

17349662-1

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.