

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

DATOS PERSONALES:		N° de CP : U-001899770	
RUN	Edad	N° Registro	000454320
Edad	Fecha Nacimiento	Nombre	PAZ AVALIA SANHUEZA RIQUELME
Teléfono	Comuna	Sexo	Mujer
		Exención	Fonasa Grupo B
		Residencia	CALLE 1 CASA 4170 LOS NOTEROS

DATOS DE ADMISIÓN		N° Ficha :	
Hora Ingreso	Admisor	Fecha Ingreso	20/03/2025
Procedencia	N° Atenciones Ant.	Atención Consultar	ATENCION MEDICA NIÑO Y ADULTO
Fecha Última Atención	Motivo Consulta	Atención en	A Pie
		Exención Episodio	Fonasa Grupo B
		Exención de Urgencia	No Aplica

CATEGORIZACIÓN		Comentarios :	
Categorización:	15-47-11-77-2	Edad general	20/03/2025 18:32
		Realizado Por:	ROXANA SALINAS BELTRAN

Control Signos Vitales:											
Fecha Hora	Pulso	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA
20/03/2025 16:32	96										

ATENCIÓN MÉDICA		JULIBETH BARRIOS OQUENDO	
TIPO	20/03/2025 19:44	REGISTRADO POR	JULIBETH BARRIOS OQUENDO(Médico)
Anamnesis	20/03/2025 19:44	REGISTRADO POR	JULIBETH BARRIOS OQUENDO(Médico)
Examen Físico	20/03/2025 19:44	REGISTRADO POR	JULIBETH BARRIOS OQUENDO(Médico)
Plan Indicaciones	20/03/2025 19:44	REGISTRADO POR	JULIBETH BARRIOS OQUENDO(Médico)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA		20/03/2025 19:45	
FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	Hipótesis Diagnóstica	Diagnóstico Principal	No Aplica
			JULIBETH BARRIOS OQUENDO

Fármacos	Dosis	Modo de uso	Notas	Sp. de la	Recitante	Fecha/ Hora
METAMIZOL SODICO AM 1 GR/2ML	200mg	Ampliada		UCC 11 C. de la Medica	CATALY BERGARA LANHUEZA	23/03/2021 10:55

DATOS DE EGRESO

Condición Cierre Atención	: Muerto	Pertinencia	: No
Pronóstico Médico Legal	: Sin Lesiones	Alta Por	: JUE 18 de Julio de 2012
Destino	: Domicilio	Fecha Hora Alta	: 20 de Julio de 2012
		Traslado a Establecimiento	: OS N° 1769

Indicaciones término Atención : CONTROL SOS

Fármacos de Alta	Dosis	Frecuencia	Vía	Indicaciones	Notas
IBUPROFENO CM 400 MG	1 Comprimido	Cada 6 Horas	Oral	Dolor, Fiebre, Inflamación	
PARACETAMOL CM 500 MG	2 Comprimido	Cada 6 Horas	Oral	Dolor, Fiebre	
LORATADINA CM 10 MG	1 Comprimido	1 Vec	Oral	Alergia, Rinitis	

Reporte generado por: RICARDO GONZALEZ GUEVAS

Estimado Paciente: La evaluación del tratamiento indicado y los controles posteriores deben efectuarse en el Centro Autorizado de Atención Primaria de su zona de cabecera. La persistencia o agravamiento de sus síntomas deben ser evaluados en el servicio de urgencia más cercano.

RUN Pacienke: 24052561-5

Nombre Paciente: PAZ ANGELICA CARRUZZA RIQUELME



CONCEPCIÓN 14 de Marzo de 2025

CERTIFICADO DE ATENCION ODONTOLOGICA

Por el presente documento, el **Dr. JUAN FRANCISCO SAN MARTIN CUEVAS**, RUT: 16.514.049-4, Rol Colegio de Dentistas Nro. 11.418, certifica que el paciente **Paz Amalia Sanhueza Riquelme**, RUT 24.052.561-5, acudió el día 14 de Marzo de 2025, a nuestro Centro Odontológico, ubicado en San Martín 1415, of. 25, Concepción, en donde se le realizo instalación de ortodoncia.

Extiendo este certificado para ser presentado donde estime conveniente.

Juan Francisco San Martín
Cirujano Dentista
Ortodoncia y Ortopedia
RUT: 16.514.049 - 4

DR. JUAN FRANCISCO SAN MARTIN CUEVAS.
Cirujano Dentista