

Dato de Atención de Urgencia

SAPU
Municipalidad De Concepción

Dato N° :
Fecha Admisión:
Hora Admisión:

104435
05/12/2024
20:44:00

Centro Paciente: CESFAM LORENZO ARENAS

Nombre: CARDENAS REYES CRISTIAN ANDRES

R.U.N.: 24461705-0

Edad: 11 años 0 meses 13 días

Domicilio: PASAJE 12 455

Fecha nac.: 22/11/2013

Teléfono: 412470095 /

Sexo: Masculino

Ficha: 251570810113003

Previsión: FONASA GPO-B

987061578 País de Nacimiento: Chile

Nacionalidad: Chileno

Pertenece a un Pueblo Indígena: Si (Ninguno)

Hora Entrada Box: 20:51:50

Recepcionado por: PARRA BELMAR, MARIA JOSE

Acompañante: MAMA

Motivo Administrativo:

ref dolor de cabeza sudoracion

Motivo de consulta:

CEFALEA ODINOFAGIA MAREOS NAUSEAS CEFALEA ODINOFAGIA MAREOS NAUSEAS

Tipo de Accidente:

Lugar Accidente:

ALERGICO: NO

Categorización:

- C5 05/12/2024 20:51 JARA CRUCES ANDREA ESTER

SIGNOS	HORA	PAS PAD	TEMPERATURA RECTAL	T. AXILAR	FRECUENCIA CARDIACA	SAT. O2	FREC. RESP.	GLICEMIA
VITALES	20:51:36			36.8		100		98

Anamnesis y Ex. Fisico:

ALERGIAS: NO

ENF CRON: NO

PESO 46 KILOS

ALERGIA: NO

AM: NO

ACUDE POR PRESENTAR ODINOFAGIA, CEFALEA ADEMÁS DE FIEBRE QUE INICIO EL DIA DE HOY
POR PERSISTENCIA

Hipótesis Diagnóstica:

AMIGDALITIS AGUDA

Procedimientos:

Fecha: (05/12/2024) - Hora:(21:01:12) - INYECTABLE INTRAMUSCULAR Prescribe: (MEDICO) MARIA ISABEL SANTAMARIA GUACARAN
Aplica: Fecha:(05/12/2024) -Hora(21:01:35) (TECNICO PARAMEDICO) NOELIA VANESSA SILVA JACOBSEN

Medicamentos:

NO SE REGISTRARON.

Diagnóstico Principal:

AMIGDALITIS AGUDA (26596286-6 - MARIA ISABEL SANTAMARIA GUACARAN) - (Fecha:05/12/2024) - (Hora: 21:02:56)

Indicaciones:

REPOSO EN CASA POR 3 DIAS

PNC BENZATINA 1200.000 IM + DICLOFEBACI IM

PARACETAMOL500MG: 1 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DIAS ✓

DESLORATADINA 1 COMP DIARIO POR 3 DIAS ✓

IBUPROFENO 400MG; 1/2 COMP CADA 8 HORAS POR 3 DAS ✓

CONTROL CESFAM EN CASO DE PERISTIR SINTOMAS,

Destino: DOMICILIO

Condición Cierre Atención: Alta Médica

Motivo:

Fecha egreso: 05/12/2024

Hora egreso: 21:02:56

(MEDICO) SANTAMARIA GUACARAN, MARIA ISABEL 26596286-6

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.

