

## Urgencia

Dato de Atención de Urgencia  
SAPU  
Municipalidad De Concepción

Dato N°:  
Fecha Admisión:  
Hora Admisión:

129371  
15/04/2025  
10:13:00

Centro Paciente: **CESFAM LORENZO ARENAS**  
Nombre: **VALENZUELA LOPEZ LEON AUGUSTO**  
Domicilio: **concepcion 2429**  
Teléfono: **41-000000 /** Sexo: **Masculino** Ficha: **25176530** Edad: **9 años 5 meses 20 días**  
**9-00000000** Nacionalidad: **Chileno** Fecha nac.: **26/10/2015**  
País de Nacimiento: **Chile** Previsión: **FONASA GPO-B**  
Hora Entrada Box: **10:52:31** Pertenece a un Pueblo Indígena: **No**  
Recepcionado por: **NUÑEZ FERNANDEZ, VALENTINA**  
Acompañante: **MADRE 18807765-K**  
Motivo Administrativo:  
**síntomas de resfriado**  
Motivo de consulta:  
**Tos, cefalea, mialgia, dolor abdominal, sensación febril**  
Tipo de Accidente:  
Lugar Accidente:

ALERGICO: **NO**  
Categorización:

- **C5 15/04/2025 10:38 SUAZO CIFUENTES LETICIA**

| SIGNOS  | HORA     | PAS | PAD | TEMPERATURA RECTAL | T. AXILAR | FRECUENCIA CARDIACA | SAT. O2 | FREC. RESP. | GLICEMIA |
|---------|----------|-----|-----|--------------------|-----------|---------------------|---------|-------------|----------|
| VITALES | 10:38:45 |     |     |                    | 36.8      | 94                  | 99      |             |          |

Anamnesis y Ex. Físico:

Antc. Morb: no refiere  
Alergias: no refiere  
Peso: 30kg

Antc. médicos: niega Alergias: niega  
ACUDE PACIENTE CON MADRE, QUIEN REFIERE TOS, CONGESTIÓN ODINOFAGIA, MIALGIAS.  
Ex físico:  
Paciente luce en BCG  
Faringe congestiva eritematosa, húmeda, sin placas.  
MP+ Rs Cs Rt sin soplos, Rs Rs Ps sin agregados.

Hipótesis Diagnóstica:

**FARINGITIS AGUDA**

Detalle del Diagnóstico: **RINOFARINGITIS AGUDA**

Procedimientos:

**NO SE REGISTRARON.**

Medicamentos:

**NO SE REGISTRARON.**

Diagnóstico Principal:

**FARINGITIS AGUDA (26328602-2 - MARIA MUÑOZ MIRABAL) - (Fecha: 15/04/2025) - (Hora: 10:58:22)**

Indicaciones:

Plan:

-líquidos abundantes 1 lt día

**-Reposo relativo por 3 días**

Medicamentos:

-AB Comprimidos masticables: 1 comp cada 8 horas por 5 días

-paracetamol 500mg, 1 comp c/8hrs por 3 días vo

-Desloratadina 5mg c/: 1 comp al día por 5 días

**-Tocex: 6 ml cada 8 horas por 7 días**

-Ibuprofeno 400 mg: 1 c/8hrs por 3 días vo

-control sos

Destino: **CONTROL S.O.S**

Condición Cierre Atención: **Alta Médica**

Motivo:

Fecha egreso: **15/04/2025**

Hora egreso: **10:58:22**

(MEDICO) MUÑOZ MIRABAL, MARIA

26328602-2

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.

 **María Fernanda Muñoz M**  
**Médico Cirujano**  
**RUT: 26.328.602 - 2**