

Centro Paciente: CESFAM O HIGGINS
Nombre: SOLORZA ZAMORA MARTINA ISIDORA R.U.N.: 22464510-4
Domicilio: CRUZ 50 Edad: 17 años 0 meses 14 días
Teléfono: 932556475 / 931892215 Sexo: Femenino Fecha nac.: 30/07/2007
Ficha: 22464510 Previsión: FONASA GPO-C
País de Nacimiento: Chile Nacionalidad: Chileno Pertenece a un Pueblo Indígena: Si (Ninguno)
Hora Entrada Box: 20:34:34
Recepcionado por: SALAZAR GATICA, BELEN
Acompañante: PADRE, DANIEL SOLORZA
Motivo Administrativo:
DOLOR DE CABEZA, NAUSEAS, MAREOS
Motivo de consulta:
Tipo de Accidente:
Lugar Accidente:

ALERGICO: NO
Categorización:

C5 13/08/2024 19:38 CUEVAS ROJAS ANTONELLA

SIGNOS VITALES	HORA	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	TEMPERATURA RECTAL (°C)	T. AXILAR (°C)	FRECUENCIA CARDIACA (Lpm)	SAT. O2 (%)	FREC. RESP. (Respiraciones/Minuto)	GLICEMIA (mg/dl)
	19:38:35	112	65		36.0	86	98		

Anamnesis y Ex. Físico:
ALERGIAS: (-)
ANTECEDENTES MOR : (-)
AM. niega
ALERGIAS NEIGA

ACUDE AUGRENCI POR RPESNETAR DESD EHACE 2 DIAS CEFALEA CONCOMTIANTE CONGESTION NASAL ODINFOAGIA Y MAREOS

EXAMEN FISICO:
BCG AFEBRIL EUPNEICA
FARINGE CONGESTIVA SIN EXUDADO
CP: MP + SRA RR2T SS

Exploración:
PAS: 112
PAD: 65
T. Axilar: 36.0
Frecuencia Cardíaca: 86
Sat. O2: 98

Hipótesis Diagnóstica:
INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA

Procedimientos:
NO SE REGISTRARON.

Medicamentos:
NO SE REGISTRARON.

Actuación:

Receta medicamento: PARACETAMOL, UNIDAD de 1.00 COMPRIMIDO, 500 MG, 1 Comprimido cada 8 hs por 3 dias via Vía oral.
Receta medicamento: IBUPROFENO, UNIDAD de 1.00 COMPRIMIDO, 1 COMPRIMIDO en 400 MG, 1 Comprimido cada 8 hs por 3 dias via Vía oral.
Receta medicamento: CLORFENAMINA, UNIDAD de 1.00 COMPRIMIDO, 4 MG, 1 Comprimido cada 8 hs por 3 dias via Vía oral.
Receta medicamento: DOMPERIDONA, COMPRIMIDO de 1.00 COMPRIMIDO, 10 MG, 1 Comprimido cada 8 hs por 3 dias via Vía oral. Folio: 46603

Diagnóstico Principal:
INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA (25804886-5 - JESSICA REY HINCAPIE) - (Fecha:13/08/2024) - (Hora: 20:44:56)
Indicaciones:
REGIMEN BLANDO
URGENCIA SOS
REPOSO MEDICO POR 3 DIAS

Receta medicamento: PARACETAMOL, UNIDAD de 1.00 COMPRIMIDO, 500 MG, 1 Comprimido cada 8 hs por 3 dias via Vía oral.
Receta medicamento: IBUPROFENO, UNIDAD de 1.00 COMPRIMIDO, 1 COMPRIMIDO en 400 MG, 1 Comprimido cada 8 hs por 3 dias via Vía oral.
Receta medicamento: CLORFENAMINA, UNIDAD de 1.00 COMPRIMIDO, 4 MG, 1 Comprimido cada 8 hs por 3 dias via Vía oral.
Receta medicamento: DOMPERIDONA, COMPRIMIDO de 1.00 COMPRIMIDO, 10 MG, 1 Comprimido cada 8 hs por 3 dias via Vía oral.

Destino: DOMICILIO
Condición Cierre Atención: Alta Médica
Motivo:

Fecha egreso: 13/08/2024
Hora egreso: 20:44:56

(MEDICO) REY HINCAPIE, JESSICA	25804886-5	
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.