

Dato de Atención de Urgencia

SAPU
Municipalidad De Concepción

Dato N° :
Fecha Admisión:
Hora Admisión:

90357
26/07/2024
16:29:51

Centro Paciente: CESFAM LORENZO ARENAS

Nombre: BASCUÑAN JARA IGNACIA VALENTINA

Domicilio: PASAJE 2 3033

Teléfono: 46238358 /

946238358

Sexo: Femenino

R.U.N.: 23952434-6

Edad: 12 años 2 meses 5 días

Fecha nac.: 21/05/2012

Ficha: 196900810113003

Previsión: FONASA GPO-C

País de Nacimiento: Chile

Nacionalidad: Chileno

Pertenece a un Pueblo Indígena: Si (Ninguno)

Hora Entrada Box: 17:05:43

Recepcionado por: BART CASTRO, CARLOS AVELINO

Acompañante: MAMÁ RUT. 18110796-0

Motivo Administrativo:

dolor muscular, tos, fiebre

Motivo de consulta:

CUADROS FEBRILES EN DOMICILIO, MIALGIA Y TOS Y CONGESTION NASAL DESDE ANOCHE

Tipo de Accidente:

Lugar Accidente:

ALERGICO: NO

Categorización:

• C5 26/07/2024 16:38 ULLOA HENRIQUEZ LORETO

SIGNOS VITALES	HORA	PAS	PAD	TEMPERATURA RECTAL	T. AXILAR	FRECUENCIA CARDIACA	SAT. O2	FREC. RESP.	GLICEMIA
	16:37:59				36	107	99		

Anamnesis y Ex. Fisico:

RAM: NO

ANTECEDENTES: NO

PACIENTE ES TRAIDA POR PRESENTAR ANOCHE FIEBRE, CONESTION NASAL, CEFALEA, ODINOFAGIA, TOS, SU MADRE INICIO CON SINTOMS HACE 6 DIAS. RAM NO. EF: BEG AFEBRIL OROFARINGE CONGESTIVA SIN EXUDADO, MP+SA

Hipótesis Diagnóstica:

RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Procedimientos:

NO SE REGISTRARON.

Medicamentos:

NO SE REGISTRARON.

Diagnóstico Principal:

RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) (27065379-0 - ANA ISABEL CARRERA VARGAS) - (Fecha:26/07/2024) - (Hora: 17:17:20)

Indicaciones:

REPOSO MEDICO JUSTIFICADO PRO EL DIA 26/07/24

PARACETAMOL 500MG 1 COMP C/8H POR 3 DIAS. ✓

CLORFENAMINA 4MG 1 COMP C/8H POR 3 DIAS. ✓

PREDNISONA 20MG 1 COMP DIARIO POR 3 DIAS. ✓

OXOLAMINA/LEVODROPROPIZINA JARABE: 7CC C/8H POR 7 DIAS.

HIDRATACIÓN ABUNDANTE.

RECONSULTAR SOS.

Destino: CONTROL S.O.S

Condición Cierre Atención: Alta Médica

Motivo:

Fecha egreso: 26/07/2024

Hora egreso: 17:17:20

(MEDICO) CARRERA VARGAS, ANA ISABEL

27065379-0

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.