

DATOS DEL PACIENTE

Estado: VIVO

Nombre : LAZO JARA MATIAS SEBASTIAN
Domicilio : PSJE. LOS GIRASOLES CASA 73, VILLA LOS CONQUISTADORES
Fecha Nacimiento : 25/03/2015
Edad : 9 años
Telefono : 976474551
Comunidad : CONCEPCION

Categorización : C3
R.U.T. : 24.938.740- 1
Fecha Admision : 10/09/2024 19:56:06
Fecha Categorización : 10/09/2024 20:19:54
Fecha Llamada : 10/09/2024 20:28:13
Fecha Atencion : 10/09/2024 20:50:42
Fecha Alta : 10/09/2024 22:28:00

Peso : 36,50 Pr.Art : 0 T.Axilar : 39,40 Fr.Resp. : 30,00 Hgt :
Talla : 0,00 Pulso : 131,00 T.Rectal : 0,00 Sat.O2 : 8,00
Alergia :
Morbidos : RINITIS
Cirugias :

Motivo Consulta

FIEBRE

Anamnesis y Antecedentes Clinicos

PACIENTE REVIAMENTE SANO, CON FIEBRE DE POCAS HORAS DE EVOLUCION, ASOCIADO A DOLOR EN EEEI
CALORFRIOS, SIN OTRO SINTOMAS ASOCIADO
ENF. PREVIA NO
FARMACOS NO
ALERGIA A FARMACOS NO
CIRUGIA NO

Examen Fisico

BCG
ROSADO E HIDRATADO, FEBRIL
SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA
FARINGE CONGESTIVA
CP: RR 2T SS/MP+ SRA
ABDOMEN NORMAL
LLENE CAPILAR NORMAL

GB 7090 LINF 730 (10%) RAN 5080 (72%) HG 12.6 HTO 35% PLAQ 244000
PCT 0.02 PCR 0.2
CKT 80LDH 133

Exámenes Solicitados

CREATINQUINASA CK - TOTAL 03.02.026.00 - DESHIDROGENASA LACTICA TOTAL (LDH) 03.02.030.00 - HEMOGRAMA AUTOMATIZADO STAT 03.01.045.00 - PROCALCITONINA 03.01.096.00 -

Diagnosticos

00321 SINDROME FEBRIL

Tratamientos

PARACETAMOL 500MG EV
HEMOGRAMA + PCR + PCT + CK TOTAL Y LDH

Procedimientos

Indicaciones

ALIMENTACION NORMAL
CONTROL TEMPERATURA CADA 8H
PARACETAMOL 50MG 1 CADA 6H EN CASO DE FIEBRE > A 38 C
IBUPROFENO 400MG 1 CADA 8H EN CASO DE FIEBRE < A 38C
REPOSO EN CASA POR 3 DIAS
CONTROL CON PEDIATRA EN 48H

Caracter de las Lesiones

☐ Leve

☐ Mediana Gravedad

☐ Grave

☐ Reservado

☒ No Aplica

Procedimientos de Enfermeria

21:03Hr - Procedimiento: ADMINISTRACION TRATAMIENTO ENDOVENOSO - ADM PARACETAMOL 500 CC // MR
21:02 VVP#22 1ER INTENTO PBD + EXS SANGRE, SE PERMEABILIZA CON SF // MR
22:10 37.5 AX (M CONTRERAS)

BARRIA ROMERO RAUL ALBERTO
12.714.685 3
Nombre y Firma del Médico

Nombre y Firma del Entermero(a)

LAZO JARA MATIAS SEBASTIAN
Nombre y Firma del Paciente (o representante)

Declaro haber recibido copia de los exámenes realizados durante esta atención.

Estimado Paciente: Los procedimientos efectuados y las indicaciones que se les han dado corresponden a las primeras etapas de su tratamiento. Es conveniente que acuda a un control con el medico de su preferencia. En caso de que las molestias persistan antes de lograr dicho control dentro de las 24 horas siguientes, usted puede acudir a una reevaluación en el Servicio de Urgencia de la Clínica de la Mujer Sanatorio Aleman, la que se realizara sin costo de honorarios medicos por parte de nuestros Propios facultativos