

Centro Paciente: CESFAM SANTA SABINA

Nombre: MORALES TRONCOSO VICENTE EDUARDO

Domicilio: calle 4 cono neuquenque 1090

Teléfono: 982853876 /

Sexo: Masculino

R.U.N.: 23938758-6

Edad: 12 años 2 meses 25 días

Fecha nac.: 27/04/2012

393322690

Ficha: 23938758-6

Previsión: FONASA GPO-C

País de Nacimiento: Chile

Nacionalidad: Chileno

Pertenece a un Pueblo Indígena: SI (Ninguno)

Hora Entrada Box: 13:38:01

Recepcionado por: NUÑEZ FERNANDEZ, VALENTINA

Acompañante: MAMA 14630213-0

Motivo Administrativo:

MAMA REFIERE TOS , Y CONGESTION NASAL DESDE EL VIERNES

Motivo de consulta:

refiere tos desde viernes y congestión nasal

Tipo de Accidente:

Lugar Accidente:

ALERGICO: NO

Categorización:

• C5 22/07/2024 12:29 SEGURA BURGOS CAMILA

SIGNOS VITALES	HORA	PAS	PAD	TEMPERATURA RECTAL	T. AXILAR	FRECUENCIA CARDIACA	SAT. O2	FREC. RESP.	GLICEMIA
	12:29:02			36.7	87		99		

Anamnesis y Ex. Físico:

(am)

(en)

peso 51 kg

ANT MED - MED - RAM -

ACOMPAÑADO DE MAMA

CONSULTA POR CUADRO DESDE EL VIERNES DE TOS HUMEDA, CONGESTION NASAL, ODINOFAGIA. NIEGA CUADRO FEBRIL

ATENUANTE PCT, IBP

ALETFARINGE CONGESTIVA SIN EXUDADO, MP + SRA, RSCRS S/S

Motivo de

referredo

Hipótesis Diagnóstica:

RINOFAARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

ALERTA

Colegio

Procedimientos:

NO SE REGISTRARON.

Medicamentos:

NO SE REGISTRARON.

Diagnóstico Principal:

RINOFAARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) (26566715-5 - MASSIEL JESHUA URDANETA QUIÑONES) -

(Fecha: 22/07/2024) - (Hora: 13:43:04)

Indicaciones:

REPOSO POR HOY

FAVORECER LA INGESTA DE LIQUIDOS

IPERPROFENO COMP 400MG 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS

CLORFENAMINA COMP 4MG 1 COMP CADA 8 HRS POR 3 DIAS

AMBROXOL 30MG/5ML: 1 CUCHARADA CADA 8 HRS POR 5 DIAS

CONTROL SOS: FATIGA, FIEBRE +4DIAS, DOLOR DE PECHO, DIF PARA RESPIRAR

PINOF R

Destino: DOMICILIO

Condición Cierre Atención: Alta Médica

Motivo:

NO SE R

Fecha egreso:

22/07/2024

SIGNOS

13:43:04

Hora egreso:

26566715-5

Diagn

RINO A

(Fec)

Indica

REPC S

FAVO

IBUF

CLOR

AMBRO

CONT

Destin

Cond

MOB

NO SE R

Fec

Regis

R

Hosp

Clos

R

E

P

I

K

S

T

C

D

C

C

C

C

C

C

C

C

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.