

Centro Paciente: CESFAM SANTA SABINA
Nombre: MORALES TRONCOSO VICENTE EDUARDO
Domicilio: calle 4 cond nehuenquelen 1090
Teléfono: 96-8995432 / 9-82853876
Sexo: Masculino
Pais de Nacimiento: Chile
Nacionalidad: Chileno
Hora Entrada Box: 12:05:26
Recepcionado por: ESPINOZA LOBOS, CAMILA EUGENIA
Acompañante: MADRE 14630213-0
Motivo Administrativo:
SINTOMAS DE RESFRIO
Motivo de consulta:
CONGESTIÓN NASAL, TOS Sintomas respiratorios
Tipo de Accidente:
Lugar Accidente:

R.U.N.: 23938758-6

Edad: 11 años 6 meses 11 días
Fecha nac.: 27/04/2012

Ficha: 23938758-6

Previsión: FONASA GPO-C

Pertenece a un Pueblo Indígena: Si (Ninguno)

ALERGICO: NO
Categorización:

- C5 07/11/2023 11:26 SAN MARTIN ARAVENA LUIS ARTURO

SIGNOS VITALES	HORA	PAS	PAD	TEMPERATURA RECTAL	T. AXILAR	FRECUENCIA CARDIACA	SAT. O2	FREC. RESP.	GLICEMIA
	11:26:03				36.2	105	98		

Anamnesis y Ex. Fisico:

ANT MORB: NO
ALERGIA: NO
PESO: 55 KG

Antec: No

Alergias: No

Acompañado pro amdre

Refiere cuadro de 2 días de evolucion de rinitis, tos seca, odinofagia y congestión nasal. Sin síntomas gastrointestinales. Sin otros síntomas asociados

Hipótesis Diagnóstica:

RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Procedimientos:

NO SE REGISTRARON.

Medicamentos:

NO SE REGISTRARON.

Diagnóstico de Salida:

RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) (19438715-6 - ISIDORA QUEVEDO SALDIVIA)- (Fecha:07/11/2023)-
(Hora: 12:15:17)

Indicaciones:

Reposo por 4 días

Hidratación abundante

Prednisona 20 mg 1 comprimido al día vía oral por 5 días

*Levodropocina 5 cc cada 8 horas vía oral por 5 días

Desloratadina 5 mg 1 comprimido al día vía oral por 5 días

Diclofenaco 50 mg cada 12 horas vía oral por 3 días

En caso de persistencia del dolor y/o fiebre: Paracetamol 500 mg cada 8 horas vía oral

Acudir SOS

Se explican síntomas de alarma



Destino: DOMICILIO

Condición Cierre Atención: Alta Médica

Motivo:

Isidora Quevedo Saldivia

19.438.715-6

Medica Cirujana

Hora egreso:

12:15:17

(MEDICO) QUEVEDO SALDIVIA, ISIDORA

Nombre Médico Tratante

19438715-6

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 HOSPITAL A LA BREVEDAD.