

Centro Paciente: **CESFAM LORENZO ARENAS**
Nombre: **RIVAS CISTERNAS MONSERRAT EMILIA** R.U.N.: 25737896-9 Edad: 6 años 6 meses 14 días
Domicilio: **ALMIRANTE RIVERO SUR 453 11** Fecha nac.: 18/04/2017
Teléfono: 99-8776998 / 9-40083694 Sexo: Femenino Ficha: 368960810113003 Previsión: FONASA GPO-B
País de Nacimiento: Chile Nacionalidad: Chileno Pertenece a un Pueblo Indígena: Si (Ninguno)
Hora Entrada Box: 17:29:45
Recepcionado por: FLORES GONZALEZ, RODRIGO CESAR
Acompañante: **MAMA RUT.14205904-5**
Motivo Administrativo:
CONGESTION NASAL TOS
Motivo de consulta:
TOS Y CONGESTION NASAL
Tipo de Accidente:
Lugar Accidente:

ALERGICO: **NO**
Categorización:

• C5 01/11/2023 17:07 CARO CARREÑO RAUL

SIGNOS VITALES	HORA	PAS	PAD	TEMPERATURA RECTAL	T. AXILAR	FRECUENCIA CARDIACA	SAT. O2	FREC. RESP.	GLICEMIA
	17:06:43				36.8	81	98		

Anamnesis y Ex. Físico:

ALERGICA NO
PESO: 20KG.

Antc medicos: niega Alergias: Niega
ACUDE PX CON MADRE QUIEN REFIERE TOS, CONGESTION ODINOFAGIA, DESDE HACE 3 DIAS, MADRE NIEG FIEBRE
Ex físico:
Paciente luce en BCG
Faringe congestiva eritematosa, humeda, sin placas.
MP+ Rs Cs Rt sin soplos, Rs Rs Ps sin agregados.

Hipótesis Diagnóstica:
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Procedimientos:
NO SE REGISTRARON.

Medicamentos:
NO SE REGISTRARON.

Diagnóstico de Salida:
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) (26328602-2 - MARIA MUÑOZ MIRABAL)- (Fecha:01/11/2023)- (Hora: 17:42:01)

Indicaciones:

Plan:
-Líquidos abundantes 1.5 lt día
-Reposo relativo por 5 días

Medicamentos:
-Nocof: 4 ml cada 8 horas por 7 días o
-Toce: 4 ml cada 8 horas por 7 días
-Paracetamol gotas: 40 gotas cada 8 horas por 5 días
-Clorfenamina suspensión: 4 cc cada una vez al día horas por 5 días
-Diclofenaco en supsitorio: Aplicar 1 unidad vía rectal en caso de fiebre > 38C° que no ceda con tratamiento oral
-Aseos nasales: realizados con fisolin + aspiración nasal con perita en caso de ser necesario.
-Tomar abundante agua.

En caso de dificultad respiratoria, que note respiraciones rápidas, inapetencia, vómitos fiebre que no se logra controlar en domicilio acudir a urgencias.

Destino: DOMICILIO
Condición Cierre Atención: Alta Médica
Motivo:

Hora egreso: 17:42:01

(MEDICO) MUÑOZ MIRABAL, MARIA

26328602-2

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.