

## Dato de Atención de Urgencia

SAPU  
Municipalidad De Concepción

Dato Nº :  
Fecha Admisión:  
Hora Admisión:

38028  
10/10/2022  
10:44:55

Centro Paciente: CESFAM LORENZO ARENAS

Nombre: CAÑAS VERA JOAQUIN FELIPE

R.U.N.: 24754125-K

Edad: 8 años 0 meses 10 dias

Domicilio: ALMIRANTE RIVERO SUR 491 43

Fecha nac.: 30/09/2014

Teléfono: 972495160

Sexo: Masculino

Ficha: 478860810113003

Previsión: FONASA GPO-A (INDIGENCIA)

País de Nacimiento: Chile

Nacionalidad: Chileno

Pertenece a un Pueblo Indígena: Si (Ninguno)

Hora Entrada Box: 10:56:14

Repcionado por: BART CASTRO, CARLOS AVELINO

Acompañante: MAMÁ RUT. 12046920-7

Motivo Administrativo:

DOLOR DE CABEZA, GARGANTA, CABEZA

Motivo de consulta:

DOLOR DE CABEZA DOLOR DE GARGANTA TOS FIEBRE  
PESO 33 KL

Tipo de Accidente:

Lugar Accidente:

ALERGICO: NO

Categorización:

- C5 10/10/2022 10:55 GODOY GONZALEZ CARLOS

SIGNOS	HORA	PAS PAD	TEMPERATURA RECTAL	T. AXILAR	FRECUENCIA CARDIACA	PAM	SAT.	O2	FREC.	RESP.	GLICEMIA
VITALES	10:55:20				38.2		125				98

Anamnesis y Ex. Fisico:

FIS: 09/10/22. RAM NO. PACIENTE ES TRAIDO POR MADRE POR PRESENTAR FIEBRE, ODINOFAGIA, CEFALÉA, TOS SECA, RINORREA LEVE. AL EXAMEN FISICO REG FEBRIL HIDRATADO EUPNEICO INYECCION CONJUNTIVAL, OROFARINGE CONGESTIVA SIN PUS, MP+SA SIN APREMIO VENTILATORIO.

Hipótesis Diagnóstica:

RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Procedimientos:

Fecha: (10/10/2022) - Hora: (11:05:26) - TOMA DE MUESTRA EN NIÑO Prescribe: (MEDICO) ANA ISABEL CARRERA VARGAS

Aplica: Fecha: (10/10/2022) - Hora: (11:05:56) (KINESIOLOGO) CAROLINA VERGARA GUZMAN

Medicamentos:

NO SE REGISTRARON.

Diagnóstico de Salida:

RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) (27065379-0 - ANA ISABEL CARRERA VARGAS) - (Fecha: 10/10/2022) - (Hora: 11:07:55)

Indicaciones:

SAPU:

PCR SARS COV 2.

REPOSO ESCOLAR POR MAÑANA.

IBUPROFENO JARABE 200: 8CC C/8H POR 3 DIAS.

CLORFENAMINA JARABE: 5CC C/8H POR 3 DIAS.

BROMHEXINA JARABE: 5CC C/8H POR 3 DIAS.

HIDRATACION ABUNDANTE, MEDIDAS FISICAS PARA LA FIEBRE.

RECONSULTAR SOS.

Destino: CONTROL S.O.S

Condición Cierre Atención: Alta Médica

Motivo:

Hora egreso: 11:07:55



(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.