

Centro Paciente: CESFAM PEDRO DE VALDIVIA

Nombre: CISTERNAS PACHECO FLORENCIA ADRIANA

Domicilio: pasaje industrial 124

telefono: 410000000 /

Sexo: Femenino

Nacionalidad: Chileno

R.U.N.: 22865607-K

Edad: 15 años 9 meses 1 dias

Fecha nac.: 26/11/2008

Previsión: FONASA GPO-B

Perlenece a un Pueblo Indígena: Si (Ninguno)

Pais de Nacimiento: Chile

Recepcionado por: SALAZAR GATICA, BELEN

acompañante: JOSE CISTERNAS, PADRE

Motivo Administrativo: DOLOR DE CABEZA DESDE HOY

Motivo de consulta:

Tipo de Accidente:

Lugar Accidente:

ALERGICO: NO

Categorización:

* C5 27/08/2024 17:50 MOLINA SANTI RUIZ: IECUTOR

SIGNOS VITALES	HORA	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	TEMPERATURA RECTAL (°C)	T. AXILAR (°C)	FRECUENCIA CARDIACA (l.p.m)	SAT. O2 (%)	FREC. RESP. (Respiraciones/Minuto)	GLUCEMIA (mg/dl)
	17:49:56				36.2	95	100		

Anamnesis y Ex. Fisico:

ALERGIAS:(-)

ANT. MORB.:(-)

PESO:82.000

AM NIEGA

ALERGIAS NIEGA

ACUDE A URGENCIA POR PRESENTAR POSTERIOR A EVENTO ESCOLAR, CRISIS DE PANICO YPOSTEROR CEFALEA HOLOCANENA DE CARACTER OPREISOV ENA 7/10 SIN ACALMIA PESE A LA INGESTA DE PARACETAMOL 500MG. NIEGA VOMITOS N NAUSEAS.

EX FISICO:

BCG AFEBRIL EUPNEICA

NEUROLÓGICO CLOTE GLASGOW 15/15 CINCINNAT 0/3

NOTA:

SE INDICA TRATAMIENTO ENDOVENOSO. QUE ES RECHAZADO POR PADRE QUIEN INDICA QUE NO SE DEJARA INYECTAR

Exploración:

T. Axilar: 36.2

Frecuencia Cardíaca: 95

Sat. O2: 100

Triptosis Diagnóstica:

CEFALEA

Procedimientos:

NO SE REGISTRARON.

Medicamentos:

NO SE REGISTRARON.

Atención:

Receta medicamento: METAMIZOL. UNIDAD de 1.00 COMPRIMIDO. 300 MG. 1 Comprimido cada 8 hs por 3 dias via Via oral.

Diagnóstico Principal:

CEFALEA (25804886-5 - JESSICA REY HINCAPIE) - (Fecha:27/08/2024) - (Hora: 18:12:40)

Folio: 47622

Dato de Atención de Urgencia

SATU
Municipalidad De Concepción

Dato N° :
Fecha Admisión:
Hora Admisión:

47622
27/08/2024
17:23:00

Indicaciones:

**METAMIZOL 1G + BETAMETASONA 4MG DILUIDO EN 100ML DE SOLUCION FISIOLOGICA ENDOVENOSO
REPOSO MEDICO POR 3 DIAS
URGENCIA SOS**

Receta medicamento: METAMIZOL, UNIDAD de 1.00 COMPRIMIDO, 300 MG, 1 Comprimido cada 8 hs por 3 dias via Via oral.

Destino: DOMICILIO

Condición Cierre Atención: Alta Médica

Motivo:

Fecha egreso: 27/08/2024

Hora egreso: 18:12:40

(MEDICO) REY HINCAPIE, JESSICA 25804886-5

Nombre Médico Tratante

Documento

Firma



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.