

Servicio de Atención Primaria de Urgencia, SAR Raúl Silva Henríquez
Dirección: Avenida La Paz 2470, el tofo

ato de Atención de Urgencia

SAPU
Municipalidad De La Serena

Dato N° :
Fecha Admisión:
Hora Admisión:

249691
16/10/2025
18:59:00

Medicamentos:

Hora Programada: (21:21:41) - DICLOFENACO SODICO 25 MG/ML AMPOLLA 3 ML VÍA INTRAMUSCULAR (Cant. 1.00)

Prescribe: (MEDICO) MARIA INES ANDRADE TELLO

Hora Aplicación: (21:24:09) Aplicado por: (TECNICO PARAMEDICO) JENIFER VARAS ALVAREZ.

Actuación:

(Fecha: 16/10/2025 Hora Pres: 21:21:44) Se prescribe: DICLOFENACO SODICO 25 MG/ML AMPOLLA 3 ML ([25397884-8] MARIA INES ANDRADE TELLO)

(Fecha: 16/10/2025 Hora Pres: 21:21:45)- Se prescribe procedimiento: [PR] INYECTABLE INTRAMUSCULAR ([25397884-8] MARIA INES ANDRADE TELLO) (25397884-8 - MARIA INES ANDRADE TELLO) - Fecha: (16-10-2025) - Hora: (21:21:32)

(Fecha: 16/10/2025 Hora suministro: 21:24:10) Se suministra: DICLOFENACO SODICO 25 MG/ML AMPOLLA 3 ML ([16791813-1] JENIFER VARAS ALVAREZ)

(Fecha: 16/10/2025 Hora Proc: 21:24:12)- Se realiza procedimiento: INYECTABLE INTRAMUSCULAR ([16791813-1] JENIFER VARAS ALVAREZ) (16791813-1 - JENIFER VARAS ALVAREZ)

(Fecha: 16/10/2025 Hora Proc: 21:24:31)- Se realiza procedimiento: UROTEST ([16791813-1] JENIFER VARAS ALVAREZ) (16791813-1 - JENIFER VARAS ALVAREZ) - Fecha: (16-10-2025) - Hora: (21:24:08)

Diagnóstico Principal:

LUMBAGO NO ESPECIFICADO (25397884-8 - MARIA INES ANDRADE TELLO) - (Fecha: 16/10/2025) - (Hora: 21:45:07)

Indicaciones:

- NO LEVANTAR CARGA PESADA NI REALIZAR ESFUERZO FISICO
- FRIO LOCAL
- REPOSO EPORTIVO X 2 SEMANAS

- DICLOFENACO CREMA COLOCAR EN AREA AFECTA
- IBUPROFENO 400 MG 1 COMP CADA 8 H POR 3 DIAS

Reposo x 3 dias.

- SI PERSISTE DOLOR CONTROL POR MORBILIDAD EN CESFAM RESPECTIVO (25397884-8 - MARIA INES ANDRADE TELLO) - (Fecha : 16/10/2025) - (Hora : 21:45:07)

Destino: DOMICILIO

Condición Cierre Atención: Alta Médica

Motivo:

Fecha egreso: 16/10/2025

Hora egreso: 21:45:07

(MEDICO) ANDRADE TELLO, MARIA INES

Nombre Médico Tratante

25397884-8

Documento

Firma

Firma Paciente