

Servicio de Atención Primaria de Urgencia, SAPU Las Compañías
Dirección: Esmeralda No. S/N, Compañía Alta

Dato de Atención de Urgencia

SAPU
Municipalidad De La Serena

Dato Nº:
Fecha Admisión:
Hora Admisión:

76087
02/03/2023
18:09:59

Centro Paciente: CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAS COMPAÑÍAS

Nombre: VILLALÓN RODRÍGUEZ KATHALINA ANTONIA R.U.N.: 22363741-8 Edad: 15 años 11 meses 0 días

Domicilio: RIO ELQUI 1858

Fecha nac.: 31/03/2007

Teléfono: Sexo: Femenino

Ficha: 389830410105056 Previsión: FONASA GPO-A (INDIGENCIA)

País de Nacimiento: Afganistán Nacionalidad: Chileno

Pertenece a un Pueblo Indígena: Si (Ninguno)

Hora Entrada Box: 18:41:02

Repcionado por: ROJAS LAGOS, MARCELA

Acompañante:

Motivo Administrativo:

ref cefalea ,tos,mareada ,decaida ,odinofagia dolor muscular desde ayer

Motivo de consulta:

Cefalea, Odinofagia, mareos Cong. nasal desde ayer. (12836881-7 - PAOLA CECILIA OLMOS CHINGA -Fecha: 02/03/2023 - Hora: 18:26:14)

SAPU

PACIENTE EN COMPAÑIA DE GLORIA RODRIGUEZ, MADRE. (26426909-1 - JHONATAN ARCILA MARIN -Fecha: 02/03/2023 - Hora: 18:56:43)

Tipo de Accidente:

Lugar Accidente:

ALERGICO: NO

Categorización:

- C4 02/03/2023 18:26 OLMOS CHINGA PAOLA CECILIA
- C4 02/03/2023 18:26 OLMOS CHINGA PAOLA CECILIA

SIGNOS VITALES	HORA	PESO (KG) (grs)	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	TEMP. RECTAL (°C)	T. AXILAR (°C)	FRECUENCIA CARDIACA (Lpm)	SAT. O2 (%)	FREC. RESP. (Respiraciones/Minuto)	GLICEMIA CAPILAR (mg/dl)
	18:25:20		119	66		36.8		101	97	

Anamnesis y Ex. Físico:

ALERGIA: NO

ANT. CRÓNICO: NO

VAC. COVID: 4 DOSIS. (12836881-7 - PAOLA CECILIA OLMOS CHINGA) -Fecha:(02-03-2023) -Hora:(18:26:14)

PACIENTE CON CUADRO QUE INICIA EL 01/03/2023 CONSISTENTE EN CEFALEA, ODINOFAGIA, MAREOS, ANOSMIA, MIALGIAS, TOS HUMEDA. NIEGA DISNEA, ANGINA, U OTROS SINTOMAS. TOLERA VIA ORAL. ES CONTACTO CON CASO CONFIRMADO DE COVID 19.

AP: NEGATIVO.

QXS: NEGATIVO.

ALERGIAS: NIEGA.

VACUNACION COVID 19: 4 DOSIS. (26426909-1 - JHONATAN ARCILA MARIN) -Fecha:(02-03-2023) -Hora:(18:56:43)

Exploración:

MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS.

OROFARINGE ROSADA SIN PLACAS NI EXUDADOS.

RSCS RITMICOS, SIN SOPLOS.

MV LIMPIO SIN SOBREAGREGADOS.

LLENADO CAPILAR DISTAL 2 SEG.

ALERTA, ORIENTADA, NO FOCALIZACION.

PIEL EUTERMICA, NO CIANOSIS.

(26426909-1 - JHONATAN ARCILA MARIN)-Fecha: (02/03/2023)- Hora: (18:56:43)

PAS: 119

PAD: 66

T. Axilar: 36.8

Sat. O2: 101

Frec. Resp.: 97

(12836881-7 - PAOLA CECILIA OLMOS CHINGA)-Fecha: (02/03/2023)- Hora: (18:26:14)

Hipótesis Diagnóstica:

INFLUENZA DEBIDA A VIRUS NO IDENTIFICADO(GRIPE)

Procedimientos:

NO SE REGISTRARON.

Medicamentos:

NO SE REGISTRARON.

Actuación:

PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DHT O DIFICULTAD RESPIRATORIA. SE TOMA ANTIGENO PARA COVID 19 CON RESULTADO NEGATIVO. SE INDICA:

- MANEJO SINTOMATICO AMBULATORIO.

- SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. (26426909-1 - JHONATAN ARCILA MARIN) - Fecha:(02-03-2023) - Hora: (18:56:43)

Diagnóstico de Salida:

INFLUENZA DEBIDA A VIRUS NO IDENTIFICADO(GRIPE) (26426909-1 - JHONATAN ARCILA MARIN)- (Fecha:02/03/2023)-
(Hora: 18:56:45)

Servicio de Atención Primaria de Urgencia, SAPU Las Compañías
Dirección: Esmeralda No. S/N, Compañía Alta

Dato de Atención de Urgencia

SAPU
Municipalidad De La Serena

Dato Nº:
Fecha Admisión:
Hora Admisión:

76087
02/03/2023
18:09:59

Indicaciones:

MANEJO AMBULATORIO.

- REPOSO EN CASA POR EL 03/03/2023.
- PARACETAMOL 500 MG, 1 COMPRIMIDO CADA 6 HRS POR 3 DIAS.
- IBUPROFENO 400 MG. 1 COMPRIMIDO CADA 8 HRS POR 3 DIAS.
- DESLORATADINA 5 MG. 1 COMPRIMIDO CADA 24 HRS POR 5 DIAS.
- BROMNHEXINA JARABE 8 MG/5 ML. 5 ML CADA 8 HRS POR 7 DIAS.
- INGESTA ABUNDANTE DE LIQUIDOS.
- EN CASO DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FIEBRE QUE NO MEJORA CON PARACETAMOL, NO TOLERA LA VIA ORAL O CUALQUIER SINTOMA QUE LE PREOCupe, RECONSULTAR POR URGENCIAS O LLAMAR AL 131. (26426909-1
- JHONATAN ARCILA MARIN)-(Fecha :02/03/2023)-(Hora :18:56:45)

Destino: DOMICILIO

Condición Cierre Atención: Alta Médica

Motivo:

Hora egreso: 18:56:45

(MEDICO) ARCILA MARIN, JHONATAN	26426909-1	Firma Paciente
Nombre Médico Tratante	Documento	Firma		

CORPORACION MUNICIPAL
VIDELAY