

3-A

Servicio de Atención Primaria de Urgencia, SAPU Pedro Aguirre Cerda  
Dirección: Calle Emilio Bello 918

Dato de Atención de Urgencia

SAPU  
Municipalidad De La Serena

Dato N° :  
Fecha Admisión:  
Hora Admisión:

139425  
24/07/2024  
17:12:46

Centro Paciente: CENTRO DE SALUD FAMILIAR PEDRO AGUIRRE CERDA

Nombre: SILVA GONZALEZ SOFIA IGNACIA R.U.N.: 22127678-7

Domicilio: LOS ACACIO 34

Teléfono: 9-46590671 Sexo: Femenino Ficha: 22127678-7

País de Nacimiento: Chile Nacionalidad: Afgano

Hora Entrada Box: 17:33:43

Recepcionado por: MOLINA SANCHEZ, ELIZABETH CORIN

Acompañante:

Motivo Administrativo:

**dolor de cabeza, fiebre, dolor en la zona vaginal desde ayer// alg (-)**

Motivo de consulta:

**FIEBRE (18754883-7 - NICOLAS ANDRES CAMPOS PEÑALÓZ -Fecha: 24/07/2024 - Hora: 17:43:27)**

Tipo de Accidente:

Lugar Accidente:

ALERGICO: NO

Categorización:

- C3 24/07/2024 17:30 CORONADO ROJAS PATRICIA IVONNE

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)
	17:30:20		116	71		38.5	137	99		

Anamnesis y Ex. Físico:

Paciente sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro febril de 24h, asociado a cefalea y odinofagia. Además refiere dolor menstrual, sin flujo mal olor ni pus. (18754883-7 - NICOLAS ANDRES CAMPOS PEÑALÓZ) -Fecha:(24-07-2024) -Hora:(17:43:27)

Exploración:

PAS: 116

PAD: 71

T. Axilar: 38.5

Frecuencia Cardíaca: 137

Sat. O2: 99

(10797971-9 - PATRICIA IVONNE CORONADO ROJAS) -Fecha: (24/07/2024)- Hora: (17:30:26)

PIEL Y MUCOSAS HIDRATADAS Y NORMOCOLOREADAS

FARINGE CONGESTIVA Y ERITEMATOSA

AMIGDALAS AUMENTADAS EN TAMAÑO, SIN EXUDADO

SIN ADENOPATÍAS PALPABLES

RR2TSS

MP (+) SRA

SIN SIGNOS MENÍNGEOS

(18754883-7 - NICOLAS ANDRES CAMPOS PEÑALÓZ) -Fecha: (24/07/2024)- Hora: (17:43:27)

Hipótesis Diagnóstica:

AMIGDALITIS AGUDA

Procedimientos:

Fecha: (24/07/2024) - Hora:(17:37:58) - INYECTABLE INTRAMUSCULAR **Prescribe:** (MEDICO) NICOLAS ANDRES CAMPOS PEÑALÓZ

**Aplica:** Fecha:(24/07/2024) -Hora(17:38:27) (TECNICO PARAMEDICO) PAULO CÉSAR ANGULO CISNEROS

Medicamentos:

**NO SE REGISTRARON.**

Actuación:

(Fecha: 24/07/2024 Hora suministro: 17:38:22) Se suministra: METAMIZOL SODICO 500 MG/ML AMPOLLA 2 ML ([14736914-K] PAULO CÉSAR ANGULO CISNEROS)

(Fecha: 24/07/2024 Hora Proc: 17:38:22)- Se realiza procedimiento:INYECTABLE INTRAMUSCULAR ([14736914-K] PAULO CÉSAR ANGULO CISNEROS) (14736914-K - PAULO CÉSAR ANGULO CISNEROS) - Fecha:(24-07-2024) - Hora: (17:38:30)

(Fecha: 24/07/2024 Hora Pres: 17:37:48) Se prescribe: METAMIZOL SODICO 500 MG/ML AMPOLLA 2 ML ([18754883-7] NICOLAS ANDRES CAMPOS PEÑALÓZ)

(Fecha: 24/07/2024 Hora Pres: 17:37:57)- Se prescribe procedimiento:[PR] INYECTABLE INTRAMUSCULAR ([18754883-7] NICOLAS ANDRES CAMPOS PEÑALÓZ)

(Fecha: 24/07/2024 Hora Pres: 17:39:30) Se elimina prescripción de: METAMIZOL SODICO 500 MG/ML AMPOLLA 2 ML - Motivo: Paciente no acepta medicación (18754883-7 - NICOLAS ANDRES CAMPOS PEÑALÓZ) - Fecha:(24-07-2024) - Hora: (17:43:27)

Diagnóstico Principal:



Servicio de Atención Primaria de Urgencia, SAPU Pedro Aguirre Cerda  
Dirección: Calle Emilio Bello 918

Dato de Atención de Urgencia

SAPU  
Municipalidad De La Serena

Dato N° :  
Fecha Admisión:  
Hora Admisión:

139425  
24/07/2024  
17:12:46

REPOSO EN HOGAR POR 5 DÍAS  
HIDRATACIÓN ABUNDANTE  
MIEL

LAVADO NASAL FRECUENTE  
LAVADO DE MANOS FRECUENTE

CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCIÓN NASAL 30 ML: APLICAR CADA VEZ QUE TENGA CONGESTIÓN, ADMINISTRAR  
SÍ O SÍ ANTES DE DORMIR Y AL DESPERTAR.

PARACETAMOL 500 MG: 2 COMP CADA 8H POR 5 DÍAS

METAMIZOL 300 MG: 1 COMP CADA 8H POR 5 DÍAS

ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA: FIEBRE PERSISTENTE A PESAR DE MEDICAMENTOS,  
COMPROMISO DE CONCIENCIA O SENSACIÓN DE AHOGO.

(18754883-7 - NICOLAS ANDRES CAMPOS PEÑALÓZ)-(Fecha :24/07/2024)-(Hora :17:43:27)

Destino: DOMICILIO

Condición Cierre Atención: Alta Médica

Motivo:

Fecha egreso: 24/07/2024

Hora egreso: 17:43:27

(MEDICO) CAMPOS PEÑALÓZ, NICOLAS ANDRES

18754883-7

Nombre Médico Tratante

Documento

Firma

Firma Paciente