

SAPU TONGOY
Dirección: CALLE FUNDICIÓN NORTE 127

Centro de Atención de Urgencia

SAPU

Municipalidad De Coquimbo

Dato N° :

Fecha Admisión:

14/10/

Hora Admisión:

21:

(Fecha: 14/10/2025 Hora Pres: 22:03:38)- Se prescribe procedimiento:[PR] INYECTABLE INTRAMUSCULAR ([19771143-4] TOMÁS ARTURO NAVARRO RIVERA)

(Fecha: 14/10/2025 Hora Pres: 22:03:45) Se prescribe: DICLOFENACO SODICO 25 MG/ML AMPOLLA 3 ML ([19771143-4] TOMÁS ARTURO NAVARRO RIVERA) (19771143-4 - TOMÁS ARTURO NAVARRO RIVERA) - Fecha:(14-10-2025) - Hora: (21:58:04)

(Fecha: 14/10/2025 Hora suministro: 22:06:56) Se suministra: DICLOFENACO SODICO 25 MG/ML AMPOLLA 3 ML ([13974037-8] LUZ ADRIANA VELIZ ARAYA)

(Fecha: 14/10/2025 Hora Proc: 22:06:57)- Se realiza procedimiento:INYECTABLE INTRAMUSCULAR ([13974037-8] LUZ ADRIANA VELIZ ARAYA (13974037-8 - LUZ ADRIANA VELIZ ARAYA) - Fecha:(14-10-2025) - Hora: (22:06:59)

Diagnóstico Principal:

OTALGIA (19771143-4 - TOMÁS ARTURO NAVARRO RIVERA) - (Fecha:14/10/2025) - (Hora: 22:07:36)

Diagnósticos Secundarios:

Indicaciones:

Reposo relativo por 3 días

Aseo nasal en caso de necesidad.

Paracetamol 1 g c/8 hrs. Si fiebre y/o dolor no cede dar ibuprofeno 400 mg cada 8 hrs. (No usar más de 3 días seguidos). clorfenamina 4 mg en las noches por 5 días

VITAMINA C 1 GR DIARIO POR 10 DIAS

Control servicio de urgencia si presenta signos de dificultad respiratoria, muy decaid@, fiebre mayor de 38 grados persisten por más de 3 días.

Control médico en consultorio si persiste malestar en 48-72 horas.

RECUPERDE: Si su problema de salud requiere atención médica pero NO PONE EN PELIGRO SU VIDA, consulte primero e su comuna para resolverlo en menor tiempo: CESFAM: Solicitando hora para su atención. SAPU: con atención en horario extendido desde las 17 hrs.

Se entrega DAU (19771143-4 - TOMÁS ARTURO NAVARRO RIVERA)-(Fecha :14/10/2025)-(Hora :22:07:36)

Destino: DOMICILIO

Condición Cierre Atención: Alta Médica

Motivo:

Fecha egreso: **14/10/2025**

Hora egreso: **22:07:36**

(MEDICO) NAVARRO RIVERA, TOMÁS ARTURO 19771143-4

Nombre Médico Tratante

Documento

Firma

Firma Paciente

SAPU /GES