

Pago Consulta

SAPU
Municipalidad De San Bernardo

Dato N° :
Fecha:
Hora:

Centro Paciente: CENTRO DE SALUD CONFRATERNIDAD
Nombre: RAMIREZ CARDENAS BRYAN R.U.T.: 19026718-0
Domicilio: MARINA ORTIZ DE GAETE 14459
Teléfono: Sexo: Masculino Ficha: 19026718-0
País de Nacimiento: Chileno Nacionalidad:
Hora Entrada: 19:55:29
Recepcionado por: TRONCOSO CONTRERAS, JENNIFER
Acompañante:
Motivo de consulta: DOLOR DE ESPALDA
Tipo de Accidente:

Edad: 22 años 3 meses 5 días
Fecha nac: 11/07/1995
Previsión: FONASA GPO-A (INDIGENCIA)
Pertenece a un Pueblo Originario: No

ALERGICO: NO
Categorización: C4

SIGNOS VITALES	HORA	PAS	PAD	TEMPERATURA BUCAL	T. AXILAR	FRECUENCIA CARDIACA	SAT. O2	FREC. RESP.	GLUCOSA
	19:55:25	136	69		36.1	67			

Anamnesis y Ex. Físico:
AC:NO

DOLOR DORSO LUMBAR DESDE HACE 24 HORAS LUEGO DE FUERZA FISICA AL MOMENTO AFEBRIL NO SIGNOLOGIA URINARIA

Exploración:
PAS: 136 PAD: 69 T. Axilar: 36.1 Frecuencia Cardiaca: 67

TORAX CP NORMAL NO RUIDOS AGREGADOS REGION LUMBAR DOLOR A PALPACION Y MOVIMIENTOS PASIVOS ENE NORMAL NO SIGNOS MENINGEOS

Hipótesis Diagnóstica:
DORSALGIA

Diagnóstico de Salida:
DORSALGIA

Procedimientos:
NO SE REGISTRARON.

Medicamentos:
NO SE REGISTRARON.

Actuación:
Receta medicamento: IBUPROFENO, COMPRIMIDO de 1.00 ., 400 MG, 1 Comprimido cada 8 hs por 5 días via Vía oral. Receta medicamento: CICLOBENZAPRINA, COMPRIMIDO de 1.00 ., 10 MG, 1 Comprimido cada 24 hs por 5 días via Vía oral.

Test de Alcoholemia

Indicaciones:
Receta medicamento: IBUPROFENO, COMPRIMIDO de 1.00 ., 400 MG, 1 Comprimido cada 8 hs por 5 días via Vía oral.
Receta medicamento: CICLOBENZAPRINA, COMPRIMIDO de 1.00 ., 10 MG, 1 Comprimido cada 24 hs por 5 días via Vía oral. CONTROL CONSULTORIO, CONTROL SOS POSTA

Destino: DOMICILIO

Fecha Próximo Control:

Hora egreso: 22:02:31

(MEDICO) SALAZAR ORTIZ, PATRICIO

14708194-4

Nombre Médico Tratante

RUT

SALAZAR ORTIZ
MEDICO
C.I. 14.708.194-4

Firma

Firma Paciente