

Centro de Atención de Urgencia

SAPU
Municipalidad De Concepción

35633
12/09/2022
17:55:27

Centro Paciente:
Nombre: **CASTILLO MUÑOZ MAURO**
Domicilio: **CALLE 2 3011**
Teléfono: **93-0316915**
País de Nacimiento: **Chile**
Sexo: **Masculino**
R.U.N.: **23878555-3**
Fecha: **18292700000**
Nacionalidad: **Chileno**
Hora Entrada Box: **20:28:09**
Recepcionado por: **BART CASTRO, CARLOS AVELINO**
Acompañante: **MAMA RUT. 16764813-4**
Motivo Administrativo:
DOLOR DE CABEZA, ABDOMINAL, NAÚSEA, VÓMITOS, DIARREA
Motivo de consulta:
HACE 4 DIAS CON DOLOR ABDOMINAL, VOMITOS, DIARREA.
Tipo de Accidente:
Lugar Accidente:

Dato N°:
Fecha Admisión:
Hora Admisión:
Edad: **10 años 9 meses 12 días**
Fecha nac.: **09/02/2012**
Previsión: **FONASA GPO-A (INDIGENCIA)**
Pertenece a un Pueblo Indígena: **Si (Ninguno)**

ALERGICO: **NO**
Categorización:
C5 12/09/2022 18:32 GALAZ SIERRA ENZO

SIGNOS VITALES	HORA	PAS	PAD	TEMPERATURA RECTAL	T. AXILAR	FRECUENCIA CARDIACA	PAM	SAT. O2	FREC. RESP.	GLICEMIA
	18:31:52				36.8	104		98		

Anamnesis y Ex. Físico:
PACIENTE ES TRAI DO POR MADRE POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL TIPO CLICO ASOCIADO A VOMITOS Y EVACUACIONES LIQUIDAS. REFIERE QUE ACTUALMENTE SON NAUSEAS Y DEPOSICIONES BLANDAS. RAM NO. SUS FAMILIARES PRESENTARON LOS MISMOS SINTOMAS. AL EXAMEN FISICO BEG AFEBRIL HIDRATADO EUPNEICO ABDOMEN BALNDO DEPRESIBLE DOLROSO A LA PALPACION DIFUSA SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

Hipótesis Diagnóstica:
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

Procedimientos:
NO SE REGISTRARON.

Medicamentos:
NO SE REGISTRARON.

Indicaciones:
REPOSO ESCOLAR POR 2 DIAS.
ESOMEPRAZOL 20MG 1 COMP DIARIO POR 7 DIAS.
PARGEVERINA GOTAS: 10 GOTAS C/8H POR 3 DIAS.
DOMPERIDONA 10MG 1 COMP C/8H POR 3 DIAS.
SRO 60: TOMAR LO EQUIVALENTE A UNA TAZA DE TE DESPUES DE CADA VOMITO O EVACUACION LIQUIDA.
DIETA Estricta POR 3 DIAS, NADA DE CRUDOS, FRITOS, EMBUTIDOS, LEGUMBRES, GOLOSINAS AZUCARADAS.
HIDRATACION ABUNDANTE.
RECONSULTAR SOS.

Destino: **CONTROL S.O.S**
Condición Cierre Atención: **Atendido**
Motivo:

Hora egreso: **20:33:42**
(MEDICO) CARRERA VARGAS, ANA ISABEL
Nombre Médico Tratante

27065379-0
Documento
Firma
Firma Paciente

Dejo constancia de haber recibido copia de este formulario con el diagnóstico, procedimientos realizados e indicaciones recibidas. EL SAPU CORRESPONDE A UNA ATENCION CLINICA DE URGENCIA, SI SU CONDICION CLINICA SE AGRAVA DEBERA VOLVER A CONSULTAR AL SAPU U HOSPITAL A LA BREVEDAD.