

Servicio de Atención Primaria de Urgencia, SAR TUCAPEL MUNICIPAL
Dirección: EJERCITO 1059, BARRIO NORTE

Dato de Atención de Urgencia

SAPU
Municipalidad De Concepción

Dato N° : 349610
Fecha Admisión: 09/11/2024
Hora Admisión: 23:56:00

Centro Paciente: **CESFAM TUCAPEL**

Nombre: **CAMPOS GONZALEZ AGUSTIN** R.U.N.: 25626470-6 Edad: **7 años 10 meses y 0 días.**
ELIAS

Domicilio: ARMANDO LAZCANO STA SABINA 2482

Fecha nac.:
09/01/2017

Teléfono: 975624891 / 987237121 / 984166695 Sexo: Masculino Ficha: 25.626.470-6 Previsión: FONASA GPO-D

País de Nacimiento: Chile Nacionalidad: Chileno Pertece a un Pueblo Indígena: No

Hora Entrada Box: 00:04:02

Repcionado por: MELGAREJO LEIVA, EDUARDO

Acompañante: **MAMA**

Motivo Administrativo:

DOLOR ABDOMINAL, COLITIS, FIS DESDE AYER

Motivo de consulta:

MALESTAR GRAL DIARREA

Tipo de Accidente:

Lugar Accidente:

ALERGICO: NO

Categorización:

- **C5 10/11/2024 00:01 ZAMBRANO DIAZ SAMUEL**

SIGNOS VITALES	HORA	PAS	PAD	TEMPERATURA RECTAL	T. AXILAR	FRECUENCIA CARDIACA	SAT. O2	FREC. RESP.	GLICEMIA
	00:01:09				36.9	95	99		

Anamnesis y Ex. Fisico:

AM: NO, RAM: NO

PACIENTE DESDE AYER CON DOLOR ABDOMINAL TIPO CÒLICO, ASOCIADO A DEPOSICIONES DIARREICAS NO DISENTÈRICAS Y FIEBRE. NAUSEAS (-), VÒMITOS (-).

SINTOMAS RESPIRATORIOS (-)

EF. LENGUA SABURRAL, BIEN HIDRATADO Y PERFUNDIDO, LLENE CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS.

FARINGE Y AMIGDALAS (N)

MP +SRA

ABD: BDI. RHA +++, NO MASAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÒN PERITOENAL B - M-

TRIAGE:

RAM: NO

ANTEC MORB: NO

PESO. 33KG

Hipótesis Diagnóstica:

GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO

Procedimientos:

NO SE REGISTRARON.

Medicamentos:

NO SE REGISTRARON.

Diagnóstico Principal:

GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO (15591775-k - PAOLA CABEZAS MUÑOZ) - (Fecha:10/11/2024)
- (Hora: 00:14:44)

Indicaciones:

RÈGIMEN BLANDO

LIQUIDO ABUNDANTE

DESPUES DE CADA DEPOSICION DIARREICA, ADMINISTRAR 250 CC DE SALES DE HIDRATACIÓN

IBUPROFENO 8.5 CC C/ 8 HRS X3 DIAS

BIOGAIA 5 GTS AL DIA X 5 DIAS

CONSULTAR SOS

Receta medicamento: IBUPROFENO, FRASCO de 100.00 ML, 200 MG en 5 ML, 8.5 ML cada 8 hs por 3 dias via Vía oral.

Receta medicamento: SALES PARA REHIDRATACION ORAL 60 MEQ, UNIDAD de 1.00 SACHET, 250 ML, 1 Unidad(es) cada 8 hs por 3 dias via Vía oral.

Destino: DOMICILIO

Condición Cierre Atención: Alta Médica

Motivo:

Fecha egreso: **10/11/2024**

Hora egreso: **00:14:44**

(MEDICO) CABEZAS MUÑOZ,
PAOLA

15591775-k

.....

Nombre Médico Tratante

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