Dato de Atención de Urgencia

SAPU
Municipalidad De Concepción

Dato Nº: 103500
Fecha Admisión: 26/11/2024
Hora Admisión: 22:26:00

Centro Paciente: **CESFAM LORENZO ARENAS**
Nombre: **HIDALGO HENRÍQUEZ MATÍAS ALEXIS** R.U.N.: 24356515-4
Edad: 11 años 3 meses 17 días
Domicilio: MARINA DE CHILE BLOCK-2836 2836 22
Fecha nac.: 09/08/2013
Teléfono: 974970986 / 995981066
Sexo: Masculino
Ficha: 247200810113003
Previsión: FONASA GPO-C
País de Nacimiento: Chile
Nacionalidad: Chileno
Pertenece a un Pueblo Indígena: Si (Ninguno)
Hora Entrada Box: 23:15:36
Recepcionado por: BART CASTRO, CARLOS AVELINO
Acompañante: **MAMÁ RUT. 14271428-0**
Motivo Administrativo:
DOLOR ABDOMINAL, VÓMITO, TOS
Motivo de consulta:
REFIERE 3 DIAS CON DOLOR ABDOMINAL, CONGESTION NASAL, DISTENSIÓN ABDOMINAL, VOMITOS, TERCIANAS Y TOS CON FLEMAS
REFIERE 3 DIAS CON DOLOR ABDOMINAL, CONGESTION NASAL, DISTENSIÓN ABDOMINAL, VOMITOS, TERCIANAS Y TOS CON FLEMAS
Tipo de Accidente:
Lugar Accidente:

ALERGICO: **NO**
Categorización:

- **C5** 26/11/2024 22:51 SANCHEZ ALBORNOZ MARIA PAZ

SIGNOS VITALES	HORA	PAS	PAD	TEMPERATURA RECTAL	T. AXILAR	FRECUENCIA CARDIACA	SAT. O2	FREC. RESP.	GLICEMIA
	22:51:52				36.4	99	100		

Anamnesis y Ex. Físico:
ALERGIAS: NO
ENF.CRON: NO
PESO: MAS DE 40 KILOS

ALERGIAS: NO ENF.CRON: NO PESO: MAS DE 40 KILOS
REFIERE 3 DIAS CON DOLOR ABDOMINAL, CONGESTION NASAL, DISTENSIÓN ABDOMINAL, VOMITOS, TERCIANAS Y TOS CON FLEMAS
ABD BLANDO INLORO, RHA +, SIN SIGNS IRRIT PERITONEAL
FARINGE ERITEMATOSA
MP +, SRA

Hipótesis Diagnóstica:
INFECCION VIRAL DE SITIO NO ESPECIFICADO

Procedimientos:
NO SE REGISTRARON.

Medicamentos:
NO SE REGISTRARON.

Pronóstico Med. Legal: SIN LESIONES

Diagnóstico Principal:
INFECCION VIRAL DE SITIO NO ESPECIFICADO (17349662-1 - IGNACIO RENATO GAJARDO JOFRE) - (Fecha:26/11/2024) - (Hora: 23:19:32)

Indicaciones:
REPOSO RELATIVO X 3 DIAS EN CASA
HIDRATACIÓN ABUNDANTE
REGIMEN BLANDO LIVIANO A TOLERANCIA
SALES DE HIDRATACIÓN 90 MEQ: 200 CC DESPUES DE CADA DIARREA O VOMITOS - TOMAR LENTO PARA NO VOMITAR!
DOMPERIDONA 10 MG CADA 8 HRS EN CASO DE NAUSEAS X 2 DIAS
VIADIL 35 GOTAS CADA 6 HRS EN CASO DE DOLOR ABDOMINAL X 2 DIAS
PERENTERYL 1 CAPSULA CADA 12 HRS X 5 DIAS
DESLORATADINA 1 COMP AL DIA X 3 DIAS
PARACETAMOL 500 MG CADA 8 HRS VO X 3 DIAS
MEDICO SOS

Destino: DOMICILIO
Condición Cierre Atención: Alta Médica
Motivo:

Fecha egreso: **26/11/2024**
Hora egreso: **23:19:32**

DIRECC. ADMINISTRACION DE SALUD · SAPU · LZO. ARENAS · I. MUNICIPALIDAD CONCEPCION

(MEDICO) GAJARDO JOFRE, IGNACIO RENATO — Nombre Médico Tratante
17349662-1 — 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.