Acta Número

Tipo de Visita	Inicial ○	Fecha Visita DD	MM	AAAA	Control ○	Fecha Visita DD	MM	AAAA

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO

Nombre:	Apellidos:		
Tipo de documento de identidad	CC ○ CE ○ PA ○	Número de identificación:	Ocupación:
Dirección residencia:			Localidad:
Barrio:	Teléfono fijo:		Teléfono celular:

INFORMACIÓN DEL CANINO

Nombre:			Raza:	
Sexo: H ○ M ○	Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA	Edad:	Años ○ / Meses ○	Color pelaje:
Señas particulares:			Microchip: Si ○ No ○	No. Microchip:

HISTORIA DEL CANINO

Vacunación	Biológico	Marca	Fecha última aplicación DD	MM	AAAA	Última desparasitación	Tipo	Marca	Fecha última aplicación DD	MM	AAAA
	No ○						Endoparásitos				
	PVC ○						Ectoparásitos				
	Triple ○						Mixto				

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Vacunación	Rabia ○		DD	MM	AAAA	Último control médico	Nombre establecimiento:		Fecha ultimo control			
	Pentavalente ○		DD	MM	AAAA				DD	MM	AAAA	
	Hexavalente ○		DD	MM	AAAA	Estado reproductivo	Entero ○	Esterilizado ○	DD	MM	AAAA	
Alimentación	Clase	Marca	Ración		Periodicidad		Gestante ○		DD	MM	AAAA	
	Balanceada ○				1 vez/día ○		Tiempo de gestación (semanas):			Lactante ○		
	Dieta barf ○				2 veces/día ○	Alergias	Si ○ ¿Cuáles?					
	Casera ○				3 veces/día ○		No ○					
	Mixta ○				>3 veces/día ○	Antecedentes familiares						
Enfermedades previas						Cirugías	Si ○ ¿Cuáles?					
							No ○					
Hábitat	Casa ○	Parqueadero ○	Canil ○			¿Reside el canino con otros animales?	Especie	Raza	Cantidad	Edad		
	Apartamento ○	Lote ○					Canino					
	Otro ¿cuál?:					Si ○	Felino					
						No ○	Otros					

EXAMEN CLÍNICO							
Variables fisiológicas	Turgencia piel/Llenado capilar		Mucosas	Conjuntival	Normal	Anormal	Observaciones
	Frecuencia cardíaca						
	Frecuencia respiratoria						
	Pulso						
	Temperatura						

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Actitud	Asténico ○	Mucosas		Normal	Anormal	Observaciones
	Apopletico ○		Oral			
	Linfático ○					
Condición corporal	1 ○		Vulvar/prepucial			
	2 ○					
	3 ○		Rectal			
	4 ○					
	5 ○					
Ojos	Normal ○ / Anormal ○	Piel				Observaciones
	Observaciones:		Lesiones	SI	NO	
			Prurito/eritema	SI	NO	
Oídos	Normal ○ / Anormal ○		Ectoparásitos	SI	NO	
	Observaciones:	Sistema respiratorio	Tos	SI	NO	
			Estornudos	SI	NO	

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Boca	Normal ○	Anormal ○	Sistema respiratorio	Descarga nasal	SI	NO	
	Observaciones:			Disnea	SI	NO	
Nodulos linfáticos	Normal ○	Anormal ○	Sistema digestivo		Normal	Anormal	Observaciones
	Observaciones:			Apetito			
				Consumo de agua			
				Vomito	SI	NO	
				Diarrea	SI	NO	
Musculo esquelético	Normal ○	Anormal ○		Estreñimiento	SI	NO	
	Observaciones:			Flatulencias	SI	NO	
				Difucultad en la deglusión	SI	NO	

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Locomoción	Normal ○	Anormal ○	Sistema genito - urinario				Observaciones
	Observaciones:			Hematuria	SI	NO	
				Oliguria	SI	NO	
Sistema cardiovascular	Normal ○	Anormal ○		Poliuria	SI	NO	
	Observaciones:			Disuria	SI	NO	
				Anuria	SI	NO	
				Apareamiento previo	SI	NO	
Sistema nervioso	Normal ○	Anormal ○		Gestaciones previas	SI	NO	
	Observaciones:			Descarga vaginal	SI	NO	
				Orquitis / lesiones escroto	SI	NO	

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

DESCRIPCIÓN DEL PREDIO

CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS DE LA VIVIENDA

CONDICIÓN DEL CANINO

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

EXIGENCIAS				
Cumplimiento:	Cumple ◯	Pendiente ◯	No cumple ◯	Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de _____ días hábiles, contados a partir del día _____ del mes de _____ de _____, que vence el día _____ del mes de _____ de _____.

POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA	POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐
Número de documento:	Número de documento:
Profesión u oficio:	Cargo: Representante legal☐ Propietario☐ Encargado☐
Firma:	Firma:
Espacio para sello	

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital