59

231
321
11

Corporación Amazonica NIT: 900656719-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	20-08-2023	Hora:	2 PM	Lugar:	VILLA MSA 1			
Nombre del propietario: Carmen Cecilia Ruiz.				Cédula: 39835299.				
				Celular: 3232326730				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Pacoita	1 año		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? ta tubo mucho bebes

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Carmen Cecilia Ruiz. autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Carmen Ruiz

Cédula: 39835299

Propietario de la mascota

Nombre: Paola Andrea Jimenez D.

Firma: Andrea Jimenez D.

Cédula: 1124853718

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





da

285
322

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE CARMEN RUIZ			
NOMBRE: PAQUITA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRA - BLANCA	RAZA: CRIOLLO EDAD: 1 A		
SEXO: H	PESO: 6K PROCEDENCIA: MUCUA		

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 20	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37-8	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

323

GI. 234

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo FREIDER CUERALES
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: BRUNO Raza: CRIOLLA
Edad: 2 AÑOS

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHELSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: FREYDER C. CÉDULA: 1.124.850.211

FECHA: 21-09-2023 CELULAR: 3203878196

DIRECCIÓN: VILLA RUSA BARRIO: VILLA RUSA

235
324

Corporación Amazonica NIT: 900456.749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 25-04-2023		Hora: 8. AM		Lugar: VILLA RUSA			
Nombre del propietario: FREIDEL CORRALES				Cédula: 1.124 850 211 Celular: 3208878196			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?					
Nombre de la mascota: BRUNA	Edad: 2 A	Especie:	CANINA X	FELINA	Sexo:	HEMBRA ↑	MACHO

Por qué desea recibir la ayuda? NO QUIERO QUE TENGA PERRITOS

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ___. Por qué ? _____

Yo FREIDEY CORRALES autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: FREIDEL C.	Nombre: JIMENA LOPEZ
Cédula: 1.124.850211	Firma: JIMENA L.
Propietario de la mascota	Cédula: 69009640
	Encuestador
	Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: ↑





G1
256
325

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	FREIDER CORRALES		
NOMBRE: BRUNA	ESPECIE: CANINA		
COLOR: Negro	RAZA: CRIOLLA	EDAD: 2 A	
SEXO: H	PESO: 10 K.	PROCEDENCIA: MUCUA	

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 2 meses	

EXAMEN CLINICO

FC: 75	FR: 25	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38.	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

326

82

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Marcela Calpa
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Gabi Raza: Criolla
Edad: 7 meses

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jhoson Hernandez con tarjeta profesional 28 394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: _____ CÉDULA: 1.129.858.234
FECHA: 21-09-2021 CELULAR: 3223714743
DIRECCIÓN: Villa Rosa 2 BARRIO: Villa Rosa 2

Corporación Amazonica

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 19-08-2023		Hora: 2 PM		Lugar: Villa Rosa 2				
Nombre del propietario: Marcela Calpa				Cédula: 1.124.858.234				
				Celular: 3223714743				
Cuenta con trabajo? SI ____ NO ____		Donde ?						
Nombre de la mascota: Gavi	Edad: 7 meses	Especie:	CANINA	FELINA X	Sexo:	HEMBRA X	MACHO	

Por qué desea recibir la ayuda? No quiero mas gatos

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Marcela Calpa autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: [signature]

Cédula: 1.124.858 234

Propietario de la mascota

Nombre: Jimena Lopez

Firma: Jimena Lopez

Cédula: 69009640

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





ada

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	MARCELA CALPA		
NOMBRE: GABI	ESPECIE: FELINO		
COLOR: AMARILLO	RAZA: CRIOLLA EDAD: 7 MESES		
SEXO: H PESO: 3 K	PROCEDENCIA: MUCUA		

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 5 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 15	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37-8	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-23

329

63.
240

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Marcela Calpa
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Nila Raza: Criolla
Edad: 7 meses

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHELSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: _____ CÉDULA: 1.124.858.234

FECHA: 21-09-2023 CELULAR: 3223714743

DIRECCIÓN: Villa rosa 2 BARRIO: Villa rosa 2

63
247
330

Corporación Amazonica

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 19-08-2023		Hora: 3 PM		Lugar: VILLA ROSA 2				
Nombre del propietario: Marcela Calpa				Cédula: 1.124.858.234				
				Celular: 3223714743				
Cuenta con trabajo?		Donde ? Mocoa - Putumayo restaurant						
SI X	NO ____							
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Mila	7 meses aprox		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? Porque No tengo dinero es Muy Caro

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Marcela Calpa autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: _____

Cédula: 1.124.858.234

Propietario de la mascota

Nombre: JIMENA LAZ

Firma: JIMENA L.

Cédula: 69009640

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





ciada

242
331

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	MARCELA CAIPA		
NOMBRE: MILA	**ESPECIE:** CANINO		
COLOR: CAFE	**RAZA:** CRIOLLO **EDAD:** 7 MESES		
SEXO: H **PESO:** 5K	**PROCEDENCIA:** HUILA		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
VACUNACION	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 20	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37.8	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

332

64
Preñada
243

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Mary Judith chapal cordoba
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Lupita Raza: Pinscher
Edad: 6 A

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHEISON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: MARY CHAPAL CÉDULA: 1124855916

FECHA: 21/09/23. CELULAR: 3208752575

DIRECCIÓN: Vereda Recreo BARRIO: Vereda Recreo

64 3 2

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 19-08-2023		Hora: 2 PM			Lugar: Vereda Villa Rosa			
Nombre del propietario: Mary Chapal Cordoba					Cédula: 1.124.855.596			
					Celular: 320 875 2575			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Lupita	6 años		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? Para prevenir embarazos en la mascota y evitar sufrimiento a la hora del Parto.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO ___, Por qué ? Es un compromiso que se adquiere y como dueño se debe ser responsable

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ___. Por qué ? Para que se pueda recuperar bien, y lograr convivir por muchos años mas de su compañia.

Yo Mary chapal cordoba autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: MARY CHAPAL.

Cédula: 1.124.855.596.

Propietario de la mascota

Nombre: JIMENA LOPEZ

Firma: JIMENA L

Cédula: 69009 640

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





da

345
334

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO:	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	MARY JUDITH CHAPAL		
NOMBRE: LUPITA	ESPECIE: CANINA		
COLOR: CAFE	RAZA: PINCHER EDAD: 6 A		
SEXO: H PESO: 12K.	PROCEDENCIA: MUCUA		

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (✓)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 30	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO		X	GESTACION

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
GESTACION	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

335

65

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Claudia Garcia Ospina
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino: X
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: Dalto Raza: Criollo
Edad: 1 año ocho meses

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Otherson Hernandez con tarjeta profesional 28.394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo, infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Claudia Garcia CÉDULA: 69008760
FECHA: 21:09:2023 CELULAR: 3104576680
DIRECCIÓN: VILLA RUSA BARRIO: VILLA RUSA

247
336

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	CLAUDIA GARCIA		
NOMBRE: DAITO	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRO	RAZA: CRIOLLO	EDAD: 1.8 m	
SEXO: M	PESO: 2.2K	PROCEDENCIA: MUCWA	

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 1 MES	

EXAMEN CLINICO

FC: 75	FR: 25	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37.5	PULSO: N.A	

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: NORMAL - 21-09-2023

65
240
337

Corporación Amazonica

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 21/09/2023	Hora: 11 AM				Lugar: VILLA ROSA		
Nombre del propietario: Claudia Garcia Ortega					Cédula: 21092023 Celular: 3104516680		
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X	Donde ?						
Nombre de la mascota: Dalto	Edad: 1 año 8 meses	Especie:	CANINA X	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO X

Por qué desea recibir la ayuda? Marca Mucho Territorio

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI ____ NO ____. Por qué ? _____

Yo Claudia Garcia Ortega autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Claudia Garcia Ortega

Cédula: 69008760

Propietario de la mascota

Nombre: JIMENA LOPEZ

Firma: JIMENA L.

Cédula: 69009610

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





ciada

338

66
249

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Carlos Mora
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino: X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Quira Raza: Criolla
Edad: 13 meses

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jhelson Hernandez con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Carlos Mora CÉDULA: 18128268

FECHA: 21-09-23 CELULAR: 3138222470

DIRECCIÓN: VillaRosa BARRIO: VILLA ROSA

66
250
339

Corporación Amazonica

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 21-09-2023	Hora: 11AM	Lugar: VILLA ANSA						
Nombre del propietario: Carlos Mora		Cédula: 18128268						
		Celular: 3138222470						
Cuenta con trabajo? SI X NO ____	Donde ? agricultor							
Nombre de la mascota: Quira	Edad: 13meses	Especie:	CANINA X	FELINA	Sexo:	HEMBRA X	MACHO	

Por qué desea recibir la ayuda? ella sufre mucho cuando esta en celo

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Carlos Mora autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Carlos Mora

Cédula: 18128268

Propietario de la mascota

Nombre: MILENA IBARRA

Firma:

Cédula: 27.359.228

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





da

25T 340

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE CARLOS MURA			
NOMBRE: QUILA	**ESPECIE:** CANINO		
COLOR: BICOLOR	**RAZA:** CRIOLLA **EDAD:** 13 MESES		
SEXO: H **PESO:** 12K	**PROCEDENCIA:** MOCOA		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
VACUNACION	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 25	TLLC: N-A	TEMPERATURA: 37-8	PULSO: N-A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

341

67
252

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Gilberto Quintero -
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino: _____
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Tuti Raza: criollo
Edad: 2 AÑOS

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHERSON Hernandez con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Alberto Quintero CÉDULA: 17753042

FECHA: 21-09-2023 CELULAR: 3132231256

DIRECCIÓN: VILLA ROSA 1 BARRIO: VILLA ROSA 1

67
255
342

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 19-08-2023		Hora: 2.PM		Lugar: VILLA ROSA 1				
Nombre del propietario: Luis Quintero Avila				Cédula: 1124854360				
				Celular: 3103179194				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Matias	6 AÑOS			X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? Por Salud

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO ____, Por qué ? ____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? ____

Yo Luis Quintero Avila autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Luis Quintero

Cédula: 1124854360

Propietario de la mascota

Nombre: MILENA IBARRA

Firma:

Cédula: 27.359.228

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





iada

254
343

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	ALBERTO QUINTERO		
NOMBRE: TUTI	ESPECIE: FELINO		
COLOR: AMARILLO	RAZA: CRIOLLO	EDAD: 2 A	
SEXO: H	PESO: 3 K	PROCEDENCIA: MUCUA	

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(___)		SI (___) NO (X)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 6 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 120	FR: 20	TLLC: NA	TEMPERATURA: 38	PULSO: NA

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA:

344

68

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Maricela Moncayo B.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Estrellita Raza: Criolla.
Edad: 2 años

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHENSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Maricela Moncayo CÉDULA: 1124853460

FECHA: 21/09/2023 CELULAR: 3208498461

DIRECCIÓN: Villa Rosa BARRIO: Villa Rosa.

68 345 356

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	19-08-2023	Hora:	11 AM	Lugar:	VILLA ROSA			
Nombre del propietario: Maricela Moncayo Burbano				Cédula:	1124853460			
				Celular:	3208498461			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Estrellita	2 AÑOS		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? Porque tiene Muchos Perritos

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Maricela Moncayo autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Maricela Moncayo Burbano

Cédula: 1124853460

Propietario de la mascota

Nombre: MILENA IBARRA

Firma:

Cédula: 27359228

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





ada

2-7
346

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	MARICELA MUNCATO		
NOMBRE: ESTRELLITA	ESPECIE: CANINO		
COLOR: GRIS-CAFE	RAZA: CRIOLLA EDAD: 2 A		
SEXO: H	PESO 13.5K PROCEDENCIA: MUCUA		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
VACUNACION	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 7 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 80	FR: 30	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37.8	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA:

347

69
258

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Edith Plaz
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; ____
Hembra: ____ Macho: X
Nombre de la mascota: michel Raza: criolla
Edad: 4 A

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHELSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: _____ CÉDULA: 39825205
FECHA: 21 CELULAR: 3124209413
DIRECCIÓN: VILLA ROSA BARRIO: Villa Rosa

69
359
348

Corporación Amazonica

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	19-08-2023	Hora:	11 AM	Lugar:	VILLA ROSA			
Nombre del propietario: Edith Diaz				Cédula:	34825805			
				Celular:	3124202413			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota: michel	Edad: 4 A	Especie:	CANINA	FELINA X	Sexo:	HEMBRA	MACHO X	

Por qué desea recibir la ayuda? Porque llega golpeado

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO ____, Por qué ? ____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? ____

Yo Edith Diaz autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: [signature]

Cédula: 34825805

Propietario de la mascota

Nombre: MIRNA IBARRA

Firma: [signature]

Cédula: 27.359.278

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





ciada

260
349

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394

DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE: Edith 097

NOMBRE: MICHEL	ESPECIE: FELINO		
COLOR: BICOLOR	RAZA: CHOLA	EDAD: 4 A	
SEXO: M	PESO: 2.8K	PROCEDENCIA: MUCUA	

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(___)		SI (___) NO (X)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 5 meses	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 25	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2021

350

70

267

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Ruby Pastora Pasu Chanchy
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: Amoroso Raza: criollo
Edad: 5 A

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHELSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28-394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

NOMBRE: Ruby Pasu Ch CÉDULA: 1061431984

FECHA: 21-9-2023 CELULAR: 3118223065

DIRECCIÓN: VILLA ROSA BARRIO: Villa Rosa.

70
261
351

Corporación Amazonica NIT: 900656719-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 19-08-2023		Hora: 9. AM		Lugar: VILLA ROSA				
Nombre del propietario: Ruby Pastora Pasu Chanchy				Cédula: 1718223065				
				Celular: 3061431924				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Amoroso	5 años		X				X	

Por qué desea recibir la ayuda? _____

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO ___, Por qué ? No tengo dinero

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ___. Por qué ? _____

Yo Ruby Pastora Pasu autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Ruby Pasu ch

Cédula: 3061431924

Propietario de la mascota

Nombre: Milena Imbra

Firma:

Cédula: 27-359 228

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





ada

363
352

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	RUBY PASTORA PASO		
NOMBRE: AMOROSO	**ESPECIE:** CANINO		
COLOR: BLANCO - NEGRO	**RAZA:** CRIOLLO **EDAD:** 5 A		
SEXO: M **PESO:** 5 K	**PROCEDENCIA:** NUCUA		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
VACUNACION	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (___	FECHA:	SI X NO ( )	
					FECHA: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 70	FR: 30	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

353

71
264

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Sulaidy Jugibidy
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: Melon Raza: Criollo
Edad: 5 años.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHEALSON ARENAS DIAZ con tarjeta profesional 28.394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Sulaidy Jugibidy CÉDULA: 1124859269
FECHA: 21-sep-23 CELULAR: 3227762130
DIRECCIÓN: VILLA ROSA BARRIO: Vda Porvenir

265
354

Corporación Amazonica

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

10

Fecha: 19-08-2021		Hora: 11 AM		Lugar: VILLA LUSA				
Nombre del propietario: SULAIDY JUAJIBIOY				Cédula: 1124859269				
				Celular: 3227762130				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
MELON	5 A		X				X	

Por qué desea recibir la ayuda? NO TENGO TRABAJO

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo SULAIDY JUAJIBIOY autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firm SULAIDY JUAJIBIOY

Cédula: 1124859269

Propietario de la mascota

Nombre: MILENA IBARA

Firma:

Cédula: 27.354.228

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





ciada

2/6
355

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	SULAIDT JUAJIBIOY		
NOMBRE: MELON	ESPECIE: CANINO		
COLOR: Blanco-negro	RAZA: CRIOLLO EDAD: 5 A		
SEXO: M	PESO: 17 K PROCEDENCIA: MUCUA		

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (___	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 2 mes	

EXAMEN CLINICO

FC: 75	FR: 25	TLLC: NA	TEMPERATURA: 37-8	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA(X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

356

72

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Karen Adelina Londoño Silva
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Luciana Raza: Criollo
Edad: 1 año

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHERSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi cota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: _____ CÉDULA: 1120067726

FECHA: 21-Sep-2023 CELULAR: 3223576696

DIRECCIÓN: VILLA ROSA 7 BARRIO: villaRosa 1.

72

357 268

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 19-08-2023		Hora: 8:33		Lugar: Villa Rosa I				
Nombre del propietario: Karen londoño.				Cédula: T: 1120067726				
				Celular: 3223576696				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Luciana	1 AÑO.			X		X		

Por qué desea recibir la ayuda? No queremos que tenga Cría y No hay Plata Para Pagar la Esterilización

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Karen londoño. autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Karen Londoño

Cédula: 1120067726 T:1.

Propietario de la mascota



Nombre: Algandya Barrera

Firma:

Cédula: 1006956046

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X



ada

~~259~~ 358

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE: KAREN ADELINA CUADRADO			
NOMBRE: LUCIANA	ESPECIE: FELINO		
COLOR: GRIS	RAZA: CRIOLLO EDAD: 7 A		
SEXO: H PESO: 3.7	PROCEDENCIA: MUCURA		

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(___)		SI (___) NO (X)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 80	FR: 25	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

359

73
270

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Miryam Eliana Feijoo
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Lulú Hermida Raza: CRIOLLA
Edad: 3 años

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHERSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Eliana FB CÉDULA: 1127072773
FECHA: 21-09-23 CELULAR: 3118779967
DIRECCIÓN: VILLAROSA BARRIO: Villarosa

277
360

Corporación Amazonica

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	19-08-2021	Hora:	11 AM	Lugar:	Villarosa 1			
Nombre del propietario: Miryam Eliana Feijoo				Cédula:	1127072773			
				Celular:	3118779967			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
LuLú Hermida	3 años			X		X		

Por qué desea recibir la ayuda? No Quiero Que sufra teniendo bebes

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO ____, Por qué ? ____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? ____

Yo ____ autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Eliana FB

Cédula: 1127072773

Propietario de la mascota

Nombre: MILENA IBARRA

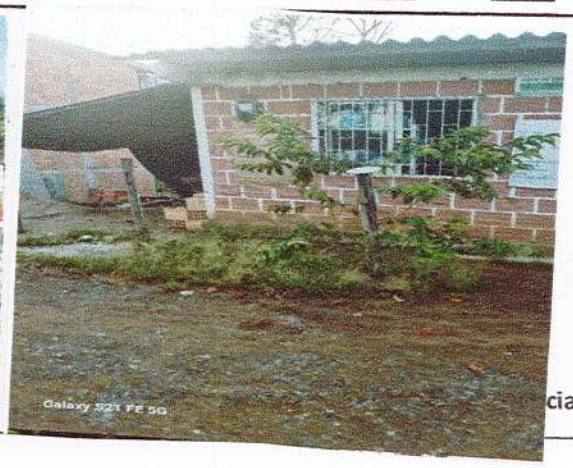
Firma:

Cédula: 27.359 228

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: ✓





ciada

272
361

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	NIRAM ELIANA FELIZO		
NOMBRE: LILU HERMIDA	ESPECIE: CRIOLLA - FELINA		
COLOR: GRIS	RAZA: CRIOLLA EDAD: 3 A		
SEXO: H PESO: 2.5 K	PROCEDENCIA: NUEVA		

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(___)		SI (___) NO (X)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (___	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 140	FR: 20	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

362

74

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Beronica Arcos
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Michu Raza: criollo
Edad: N.A

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHERSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Veronica Arco CÉDULA: 40620634

FECHA: 21-09-23 CELULAR: 3206568139

DIRECCIÓN: Villa rosa BARRIO: Billa Rosa

Corporación Amazonica NIT: 900656719-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 19-08-2023		Hora: 8:14 AM		Lugar: Villa Rosa 1			
Nombre del propietario: Veronica Arcoss				Cédula: 40620634.			
				Celular: 3206568132			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?					
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
Micha	3 Años			X		X	

Por qué desea recibir la ayuda? Porque No Tenemos los Recursos Para Pagar.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ___. Por qué ? _____

Yo Veronica Arcos autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Veronica arcos

Cédula: 40620634

Propietario de la mascota

Nombre: Mariela Cenon

Firma: Mariela cenoi

Cédula: 1124865783

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





...ciada

~~275~~
364

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	CLINICA AMIGOS		
NOMBRE: MICHA	ESPECIE: FELINO		
COLOR: GRIS	RAZA: CRIOLLA EDAD: N.A		
SEXO: H PESO: 2.1	PROCEDENCIA: MONTERIA		

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(___)		SI (___) NO (X)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (___	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 110	FR: 20	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

365

75
276

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Jessica Lorena Feijoo Bolaño
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Haby Raza: criolla
Edad: 3 años

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHELSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi [illegible], sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: [signature] CÉDULA: 1'124855551
FECHA: 21-09-23 CELULAR: 3223245981
DIRECCIÓN: Villarosa 1 BARRIO: Bl villarosa 1

277
366

Corporación Amazonica

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 21-09-23		Hora: 10 AM		Lugar: B/ villa rosa			
Nombre del propietario: Gessica Lorena Feijoo Botina				Cédula: 1112485555 7			
				Celular: 3223245987			
Cuenta con trabajo? SI X NO ___		Donde ? panaderia					
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
Haby	3 años	criolla	X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? Buenas tardes primero que todo porque ella cuando queda en embarazo los aborta y se enferma mucho

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO ___, Por qué ? por que me es importante la salud de mi perrita haby y la queremos mucho con mi hijo

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ___. Por qué ? para que se recupera sus tisfatoriamente. y pueda ser Feliz.

Yo Gessica lorena Feijoo Botina autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: YmB

Cédula: 1112485555 7

Propietario de la mascota

Gessica e hijo



Nombre: MILENA IBARRA

Firma:

Cédula: 27.359228

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X



ada

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	GESSICA LORENA FRIJOO		
NOMBRE: HAPPY	ESPECIE: CANINA		
COLOR: TRICOLOR	RAZA: CRIOLLO EDAD: 3 AÑOS		
SEXO: H	PESO: 20K. PROCEDENCIA: NUNCIA		

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (V)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (___	FECHA:	SI ( ) NO (X	
					FECHA: N.A	

EXAMEN CLINICO

FC: 75	FR: 20	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37.8	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (A)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

368

76

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Suley cuyato
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; ____
Hembra: ____ Macho: X
Nombre de la mascota: niño Raza: criollo
Edad: N.A

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHERSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi cota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Suley cuyato CÉDULA: 1083870353

FECHA: 21-09-2023 CELULAR: 3102066730

DIRECCIÓN: VILLA ROSA BARRIO: VILLA ROSA

Corporación Amazonica

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha: 19-08-2023	Hora: 10:AM	Lugar: VILLAROSA						
Nombre del propietario: Suley Cuyato		Cédula: 1083870353						
		Celular: 3102066730						
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X	Donde ?							
Nombre de la mascota: NIÑO	Edad: NA	Especie:	CANINA	FELINA X	Sexo:	HEMBRA	MACHO X	

Por qué desea recibir la ayuda? PORQUE PELEA MUCHO

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO ____, Por qué ? ____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? ____

Yo ____ autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Suley Cuyato

Cédula: 1083870353

Propietario de la mascota

Nombre: MILENA IBARRA

Firma:

Cédula: 27.359.228

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





da

287
370

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	SULA CUYATO		
NOMBRE: NIÑO	**ESPECIE:** FELINO		
COLOR: GRIS	**RAZA:** CRIOLLO **EDAD:** N.A		
SEXO: M **PESO:** 2.5	**PROCEDENCIA:** NUCUA		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(___)		SI (___) NO (X)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
VACUNACION	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI ( ) NO (X)	
					FECHA: N.A	

EXAMEN CLINICO

FC: 170	FR: 20	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

371

~~283~~

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Jose Vicente Monca40
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: ____ Canino; X
Hembra: ____ Macho: X
Nombre de la mascota: Kovi Raza: Criolla
Edad: N-A

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Jose Vicente **CÉDULA:** 1061.985894

FECHA: 21/09/23 **CELULAR:** 3116786148

DIRECCIÓN: villa rosa 2 **BARRIO:** villa rosa 2

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

Fecha:	19-08-2023	Hora:	8:30	Lugar:	VILLA ROSA			
Nombre del propietario: Jose Vicente Moncayo				Cédula:	1061985894			
				Celular:	3176186140			
Cuenta con trabajo? SI X NO ____		Donde ? Maestro de construcion al dia.						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Tobi	4 años		X				X	

Por qué desea recibir la ayuda? _____

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? _____

Yo Jose Vicente Moncayo autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Jose Moncayo.

Cédula: 1061985894

Propietario de la mascota

Nombre: MILENA IMBACHI

Firma:

Cédula: 27.359.228

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





ciada

384
373

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	JOSE VICENTE MUNLANO		
NOMBRE: TOBI	**ESPECIE:** CANINO		
COLOR: BLANCO	**RAZA:** CRIOLLO	**EDAD:** N.A	
SEXO: M	**PESO:** 17k	**PROCEDENCIA:** NUCUA	

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
VACUNACION	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI ( ) NO (X	
					FECHA: N-A	

EXAMEN CLINICO

FC: 90	FR: 20	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37.8	PULSO: N.A	

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

374

78
285

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Yury Camila Jajoy
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Mia Raza: criolla
Edad: 7 meses

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHELSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Camila Jajoy CÉDULA: 1124.867.346

FECHA: 21/09/23 CELULAR: 3102838411

DIRECCIÓN: Villa Rosa BARRIO: VILLA ROSA

78
286
375

Corporación Amazonica NIT: 900656.749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

10

Fecha: 21091 23		Hora: 4:13		Lugar: Villa Rosa				
Nombre del propietario: Yury Camila Jajoy				Cédula: 1.124.867.346.				
				Celular: 3102838411				
Cuenta con trabajo? SI X NO ____		Donde ? Clinica Aynan						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Mia	7 meses		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? Por que no quiero que tenga mas gatitos.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO ____, Por qué ? por que me interesa la salud de mi mascota.

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? Por que me interesa la salud de mi mascota.

Yo Yury Camila Jajoy autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firm Camila Jajoy

Cédula: 1.124.867.346

Propietario de la mascota

Nombre: MILENA IBARRA

Firma:

Cédula: 27.359228

Encuestador

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: ____





da

~~287~~ 376

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	YURY CAMILA JAJOY		
NOMBRE: MIA	**ESPECIE:** FELINO		
COLOR: BLANCO	**RAZA:** CRIOLLA **EDAD:** 7 MESES		
SEXO: H **PESO:** 2.1	**PROCEDENCIA:** NUCUA		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		**FELINOS**		**ESTADO REPRODUCTIVO**	
VACUNACION	SI(___) NO(___)		SI (___) NO (X)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI ( ) NO (X)	
					FECHA: N.A	

EXAMEN CLINICO

FC: 110	FR: 20	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

CONDICIÓN CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (__) HUMEDAS (X) SECAS(__)

MUCOSAS:	**NORMAL**	**ANORMAL**	**OBSERVACIONES:**
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

377

79
288

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Yury Camila Jajoy
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: Pinky Raza: criollo
Edad: 1 año y medio

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHELSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28.394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi cota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

NOMBRE: Camila Jajoy CÉDULA: 1.124.867.346

FECHA: 21/09/23 CELULAR: 3102838411

DIRECCIÓN: Villa Rosa BARRIO: VILLA ROSA

79
289
378

Corporación Amazonica NIT: 900656710-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

10

Fecha:	21/09/23	Hora:	4:13	Lugar:	Villa Rosa			
Nombre del propietario: Yury Camila Jajoy				Cédula:	1.124.867.346.			
Si				Celular:	3102838411			
Cuenta con trabajo?		Donde ? Clinica Agnan						
SI X	NO ___							
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Pinky	1 año medio		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? Por que no quiero que tengan mas Perritos.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO ____, Por qué ? me interesa la salud de mis mascotas

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? me interesa la salud de mis mascotas

Yo Yury Camila Jajoy autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firm Camila Jajoy	Nombre: MILENA IBARRA
Cédula: 1.124.867.34	Firma:
Propietario de la mascota	Cédula: 27.359.228 Encuestador
	Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





290
379

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE: YURI CAMILA JAJOY			
NOMBRE: PINKY	ESPECIE: CANINO		
COLOR: NEGRO	RAZA: CRIOLLA EDAD: 1 A + M		
SEXO: M	PESO: 4 K PROCEDENCIA: NUEVA		

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (___	FECHA:	SI (X NO ( )	
					FECHA: 1 mes	

EXAMEN CLINICO

FC: 75	FR: 25	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37-8	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

380

80
241

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Yury Camila Jojoy
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Morocha Raza: Criollo
Edad: 1 año

Yo solicito y autorizo al médico veterinario JHELSON HERNANDEZ con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi ascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Camila Jojoy CÉDULA: 1.124.867.346

FECHA: 21/09/23 CELULAR: 3102838411

DIRECCIÓN: Villa Rosa BARRIO: VILLA ROSA

80
392
381

Corporación Amazonica

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE MOCOA

10

Fecha:	21/09/23	Hora:	4:13	Lugar:	Villa Rosa			
Nombre del propietario: Yury Camila Jajoy				Cédula:	1.124.867.346			
				Celular:	3102838411			
Cuenta con trabajo? SI X NO		Donde ? Clinica Aynan						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Morocha	1 año		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? Por que no quiero tener mas perritos.

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? Me interesa la salud de mi mascota

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. Por qué ? Me interesa la salud de mi mascota

Yo Yury Camila Jajoy autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firm Camila Jajoy

Cédula: 1.124.867.346.

Propietario de la mascota

Nombre: MILENA IBARRA

Firma:

Cédula: 27.359.228

Encuestador MILENA IBARRA

Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





382295

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 21-09-2023	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	YURT CAMILA JATOY		
NOMBRE: NU NUCHA	ESPECIE: CANINA		
COLOR: CAFE	RAZA: CRIOLLA EDAD: 4-A		
SEXO: H PESO: 3M	PROCEDENCIA: MUCUA		

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 3 MESES	

EXAMEN CLINICO

FC: 75	FR: 20	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 38	PULSO: N.A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
NORMAL	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 21-09-2023

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023 ¡Gracias Dios mio por tantas bendiciones!

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

Corporación Amazonica NIT: 900.656.749



383

PLANILLA DE ASISTENCIA JORNADA DE ESTERILIZACIÓN

OBJETO: Apoyo en las acciones de sensibilizacion sobre la tenencia responsable de mascotas y esterilizacion de animales domesticos en el **DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO, en ejecucion del contrato 1549 de 31 JULIO 2023.**

CIUDAD: PUERTO CAICEDO **FECHA: 22 DE SEPTIEMBRE DE 2023**

ITEM	NOMBRE DEL PROPIETARIO	CEDULA	NOMBRE DE LA MASCOTA	SEXO HEMBRA O MACHO	CANINO /FELINO	TELEFONO	BARRIO /VEREDA	FIRMA
1	Camila Diaz	27309161	MOLLY	H	C	3154130049	Luis alfonso A.	Camila Diaz
2	Ismelda Prieto	28649972	luna	H	F	3213994343	la esmeralda	Ismelda Prieto.
3	Libardo Payanene	1123305491	condy	H	C	3112123219	made de Paz	Libardo Payanes S.
4	Carol Burbano	1006789446	Paloma.	H	C	3112229709	Cristo rey	Carol Burbano
5	Carol Burbano	1006789446	Princesa	H	C	3112229709	cristo rey	Carol Burbano.
6	Piedad Mena	27203457	Princesa	H	C	3149845403	Modelo de Paz	Piedad Mena.
7	Loida noriela lopez	31576557.	3115110757	H	C	3115110757.	Modelo de paz	Noriela Lopez
8	Loida noriela lopez	31576557	LSIS	H	C	3115110757	V/ Bagre.	Noriela Lopez
9	Flor quinayas	39840628	zacha	H	C	3213340639	Modelo de Paz	Flor Quinayas
10	Rafael Dorado	15571076	Morocha	H	C	3212518679	v/ Bagre.	Rafael Dorado
11	Erika delgado	1125411668	Pantera	H	F	3158842257	olimpico	Erika
12	Rosalba Pai Pai	41104527.	lulu	H	F	3157774044	Las vegas	Rosalba Pai Pai
13	Esperanza Muñoz	1125541093	MICha	H	F	3214735323	Jose antonio galan	Esperanza Muñoz
14	Carmen Maria zalazar	29508253	Chiripa.	H	C	3166916175	Cristalina	Maria Salazar
15	Yuleima Mercado	17595483	Michael	H	F	3209187798	Modelo de Paz	Yulei Mercado
16	loida lopez	31576557	Klara	H	C	3115110757	V/ Bagre.	Noriela Lopez
17	loida Lopez	31576557	lulu	H	C	3115110757	v/ Bagre	Noriela Lopez
18	Maribel Cabrera	27865782	sucura	H	C	3124779766	Modelo Paz	Maribel cabrera
19	Mayeli RenjIFO	1125411603	Luna	H	C	3124002882	Palermo	Mayely RenjIFO.
20	Elcy tascan	1116202164	luna	H	C	3208266307	sinay	Elsi Judith Ama
21	Elcy tascan	1116202164	Muñeca	H	C	3208266307.	sinay	Elsi Judith Ama
22	Katerine Macias	1124863428	Mancha	H	C.	3124990601.	la playa.	Katerine Macias
23	Anguie Barriento	1125408743.	luna.	H	C	3178342555	los lagos	Ana
24	Jasmin Reales.	1077084349	Pepe	M	C	3236133820.	20 julio	Liliana reales
25	Jasmin Reales	1077084349	chispa	H	F	3236133820	20 julio	Liliana reales

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 / 2023 ¡Gracias Dios mio por tantas bendiciones!

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

Corporación Amazonica NIT: 900.656.749



384

PLANILLA DE ASISTENCIA JORNADA DE ESTERILIZACIÓN

OBJETO: Apoyo en las acciones de sensibilizacion sobre la tenencia responsable de mascotas y esterilizacion de animales domesticos en el **DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO, en ejecucion del contrato 1579 de 31 JULIO 2023.**

CIUDAD: PUERTO CAICEDO **FECHA: 22 DE SEPTIEMBRE DE 2023**

26	Amanda Hoyos	69022905	Kiara	H	C	3192254562.	Guasimal	Amanda Hoyos
27	Omaira Rosero	69022713	Sacha	H	C	3156910227.	San diego	Omaira Rosero
28	Gabriela Papamija	36297251	Sandy	H	C	3143587849	V/Guasimal	Gabriela
29	Gabriela Papamija	36297251	Sacha	H	C	3143587849	V/Guasimal	Gabriela
30	Yuri lorena Mina.	1125.408641	Duquesa	H	C	3225863823	Modelo de Paz	Yuri lorena Mina Vi
31	Nubia Herrera	1125410396	Micha	H	F	3247837809		Maria Nubia Herrera
32	Anael novoa	83043781.	Gris	M	F	3213425981	Modelo de Paz	anael novoa
33	Carmen Ortiz.	1006961227.	Princesa	H	F	3108105275	Modelo de Paz	Carmen Ortiz Pai
34	Anael Novoa	83043781.	niña	H	C	3213425981	Modelo de Paz	anael noroa
35	Oneida gomez	1086133148	Oreo	H	C.	3127478158	V/venado	
36	Nataly meneses.	1123327383.	Princesa	H	C.	3227565053	mirafior	Nathaly Meneses
37	Leder Castillo.	15571935.	Paty	H	C	3118553969	Modelo de Paz	Leder Alveiro Castillo.
38	Maria Mora.	39841541	Mariposa	H	C.	3193136362	V/Peregosa.	María Mora
39	Esperanza obando	39842304	Michaela.	H	F	3115016204	made Paz	Esperanza
40	Karolay Pantoja	1006947713.	Candy	H	C.	3212493023	V/villaflor	
41	Karolay Pantoja	1006947713	Sami	H	C	3212493023	V/villaflor	
42	Karolay Pantoja	1006947713	Romeo	M	F	3212493023	V/ villa flor	
43	Marisol obando	1006516271	Pelosa.	H	C.	3223776192	modelo de Paz	marisol obano
44	Rubiela IPIA.	1114873090	Princesa	H	C	3125686786	agudelo	Rubiela IPIA
45	Victoria Bohorquez	39841666	Callejera 1	H	C	3212293717	Modelo de Paz	Victoria Bohorquez
46	Victoria Bohorquez	39841666	Callejera 2	H	C	3212293717	Modelo de Paz	Victoria Bohorquez
47	Victoria Bohorqua	39841666	Callejera 3	H	C	3212293717.	Modelo de Paz	Victoria Bohorquez
48	Marisol Betancourt	41119271	Sol	M	F	3123237038	V/ arizona	Marisol Betancourt
49	Marisol Betancourt	41119271	Pitufina	H	F	3123237838	V/ arizona	Marisol Betancourt
50	Marisol Betancourt	41119271	Catalleya	H	C	3123237838	V/ arizona	Marisol Betancourt.

2/5

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023 ¡Gracias Dios mio por tantas bendiciones!

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

Corporación Amazonica NIT: 900.656.749



PLANILLA DE ASISTENCIA JORNADA DE ESTERILIZACIÓN

OBJETO: Apoyo en las acciones de sensibilizacion sobre la tenencia responsable de mascotas y esterilizacion de animales domesticos en el **DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO, en ejecucion del contrato 1529 de 31 JULIO 2023.**

CIUDAD: PUERTO CAICEDO **FECHA: 22 DE SEPTIEMBRE DE 2023**

MONICA YADIRA MONTOYA PEREZ
CC 1.124.852.293 DE MOCOA
R.L CORPORACION AMAZONICA

386

1
247

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Camila Diaz.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: \ Canino; X
Hembra: X Macho:
Nombre de la mascota: Mally Raza: Criolla.
Edad: 1 año.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 28394. de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Camila Diaz. CÉDULA: 27309161.

FECHA: 22-09-23. CELULAR: 3154130049.

DIRECCIÓN: BARRIO: Luis Alfonso Agudelo.

1. 2.78 387.

Corporación Amazonica NIT: 900656.749 - 8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO

Fecha: 22/09/23.		**Hora:** 11:30		**Lugar:**				
Nombre del propietario: Camila Diaz				**Cédula:** 27309161.				
				Celular: 3154130049				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO ___	**Donde ?**							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Molly	1 AÑO		X			X.		

Por qué desea recibir la ayuda? Para evitar la sobrepoblación

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X **NO** ___, **Por qué ?** Para no perder la ayuda

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X **NO** ___. **Por qué ?** ___

Yo Camila Diaz **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Camila Diaz	**Nombre:**
Cédula: 27 309 161.	**Firma:** Victoria Bohorquez
Propietario de la mascota	**Cédula:** 38941666
	Encuestador
	Fundación: ___ **Asociación:** ___ **Otro:** X





2/9
388

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE: Camila Diaz			
NOMBRE: Molly	**ESPECIE:** Canino		
COLOR: negro	**RAZA:** Criollo **EDAD:** 1 año		
SEXO: H. **PESO:** 5K	**PROCEDENCIA:** Puerto Caicedo		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		**FELINOS**		**ESTADO REPRODUCTIVO**	
VACUNACION	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI ( ) NO (X)	
					FECHA:	

EXAMEN CLINICO

FC: 63	FR: 15	TLLC: N A	TEMPERATURA: 37,6	PULSO: N/A.

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (X). SECAS(__)

MUCOSAS:	**NORMAL**	**ANORMAL**	**OBSERVACIONES:**
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

COMENTARIOS: Normal

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23.

389

2

2

300

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Ismelda Prieto.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: X Macho:_____
Nombre de la mascota: Luna Raza: Criolla.
Edad: 7 mes.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 28394. de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Ismelda Prieto CÉDULA: 28649972
FECHA: 22/09/23. CELULAR: 3215994343
DIRECCIÓN: _____ BARRIO: La Esmeralda

Kg: 1.9.

307/2
390

Corporación Amazonica
NIT: 900656749 - 8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL
PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO

Fecha: 16-Sep-23		**Hora:** 4:30		**Lugar:** La esmeralda				
Nombre del propietario: Ismelda Prieto.				**Cédula:** 28649972.				
				Celular: 3215994343				
Cuenta con trabajo?		**Donde ?**						
SI ___	**NO** X							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Luna	3años			X		X		

Por qué desea recibir la ayuda? no cuenta con recursos economicos

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X **NO** ____, **Por qué ?** Porque la quiero

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X **NO** ___. **Por qué ?** Se le puede infectar

Yo Ismelda Prieto **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Ismelda Prieto	**Nombre:**
Cédula: 28649972.	**Firma:** Victoria Bohorquez
Propietario de la mascota	**Cédula:** 38941666
	Encuestador
	Fundación: ___ **Asociación:** ___ **Otro:** X





MASCOTA BENEFICIADA

~~392~~ 391

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE Ismeleda Prieto			
NOMBRE: luna.	**ESPECIE:** Felino		
COLOR: negra-blanco	**RAZA:** Criolla **EDAD:** 7 meses		
SEXO: Hembra **PESO:** 3,4K	**PROCEDENCIA:** puerto caicedo		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
VACUNACION	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 13-Julio-2023.	

EXAMEN CLINICO

FC: 63	FR: 13	TLLC: N/A	TEMPERATURA: 37,6.	PULSO: N/A.

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(X)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

COMENTARIOS: Normal

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23

392

3 6.7 3

303

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo libardo Payanene
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Candy Raza: Criollo
Edad: No sabe

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 283914 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: libardo payanene s. CÉDULA: 1123305491

FECHA: _____ CELULAR: 3112123219

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: modelo depa 7

3
304
393

Corporación Amazonica
NIT: 900.656.749 - 8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL
PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO

Fecha:	22/09/23	**Hora:**	2:40	**Lugar:**	Pto Caicedo			
Nombre del propietario: Libardo Payanene				**Cédula:**	1123305491			
				Celular:	3112123219			
Cuenta con trabajo? SI X NO ____	**Donde ?** Independiente.							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Condy	N/		X			X.		

Por qué desea recibir la ayuda? No tengo recursos

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, **Por qué ?** _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ____. **Por qué ?** _____

Yo Libardo Payanene S. **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Libardo Payanene S.	**Nombre:**
	Firma: Victoria Bohorquez
Cédula: 1123305491	**Cédula:** 38941666
Propietario de la mascota	**Encuestador**
	Fundación: ____ **Asociación:** ____ **Otro:** X





A BENEFICIADA

393
394

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Libardo Payanene.		
NOMBRE: Condy	ESPECIE: Canino		
COLOR: Blanco	RAZA: Criollo EDAD: No sabe		
SEXO: H.	PESO: 6.7 K PROCEDENCIA: Puerto Caicedo		

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 14-agosto-23	

EXAMEN CLINICO

FC: 63	FR: 13.	TLLC: N/A.	TEMPERATURA: 37,8	PULSO: N/A.

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (X). SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

COMENTARIOS: Normal.

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23

395

4

8,9K

4

306

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Carol Barbano
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: Paloma Macho: _____
Nombre de la mascota: Paloma Raza: Criollo
Edad: 1 año 2 meses.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

...MA: Carol Barbano CÉDULA: 1006789446

FECHA: 22/09/23 CELULAR: 3112229709

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: V/Cristo Rey

394 4
396

Corporación Amazonica
NIT: 900656.749 - 8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL
PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO

Fecha:	1-Sept-23	**Hora:**	10 am	**Lugar:**	Puerto caicedo			
Nombre del propietario: Carol Tatiana Burbano				**Cédula:**	1006.789.446.			
				Celular:	311 222 9709			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X	**Donde ?**							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Paloma	11 meses		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? _____

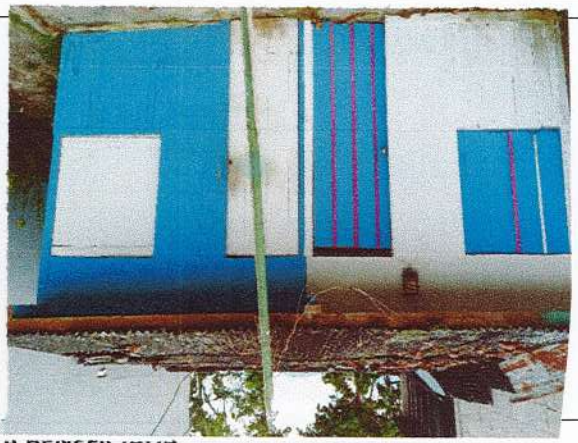
Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, **Por qué ?** _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ___. **Por qué ?** _____

Yo Carol tatiana Burbano. **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Carol Burbano	**Nombre:** Jhoanna Jossa
	Firma: Jhoanna Jossa
Cédula: 1006789446	**Cédula:** 1125410 0793.
Propietario de la mascota	**Encuestador**
	Fundación: ___ **Asociación:**___ **Otro:** X.





TA BENEFICIADA

398
397

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Carol Barbano		
NOMBRE: Paloma	ESPECIE: Canino		
COLOR: Beige	RAZA: Criollo EDAD: 1 año 2 meses		
SEXO: H PESO: 8,9	PROCEDENCIA: Puerto Carcedo		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
VACUNACION	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI ( ) NO (X)	
					FECHA:	

EXAMEN CLINICO

FC: 63	FR: 13	TLLC: N/A.	TEMPERATURA: 37,6	PULSO: N/.

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(X)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

COMENTARIOS: Normal

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23

398

14.8kg
4
309
Pioneer 4

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Carol Burbano
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Princesa Raza: Criollo
Edad: 3A 7m.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Sherson Hernandez con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

NOMBRE: Carol Burbano CÉDULA: 1006789446

FECHA: 22/09/23 CELULAR: 3117229709

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Victoria

4
310
399

Corporación Amazonica
NIT: 900456749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL
PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO

Fecha:	1-Sept-23	**Hora:**	10:am	**Lugar:**	Puerto Caicedo			
Nombre del propietario: Carol Burbano				**Cédula:**	1006789446.			
				Celular:	3112229709			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X	**Donde ?**							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Princesa	3A 7M		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? _____

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X **NO** _____ **, Por qué ?** _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X **NO** ____ **. Por qué ?** _____

Yo Carol tatiana Burbano **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Carol Burbano

Cédula: 1006 789446

Propietario de la mascota

Nombre: Jhoanna Jossa

Firma: Jhoanna Jossa

Cédula: 1'125 410 793

Encuestador

Fundación: ___ **Asociación:**___ **Otro:**____





MASCOTA BENEFICIADA

377
400

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23.	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE : Carol Borbano			
NOMBRE: Princesa	ESPECIE: canino		
COLOR: Blanca - cafe	RAZA: Criolla EDAD: 3 AÑOS 7 meses		
SEXO: H. PESO: 14.8K.	PROCEDENCIA: Puerto caicedo		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
VACUNACION	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI ( ) NO (X)	
					FECHA:	

EXAMEN CLINICO

FC: 65	FR: 15.	TLLC: N/A	TEMPERATURA: 37.6	PULSO: N/A.

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(X)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL		X	
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO		X	Piometra.

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
Piometra	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23.

401

5.3kg
6
3x2

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Piedad Mena
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Princesa Raza: Criollo
Edad: 3 años.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jhesson Hernandez con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

tiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Piedad Mena CÉDULA: 27203457

FECHA: 22/09/23 CELULAR: 3146945403

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Modelo de Paz

6

313
402

Corporación Amazonica
NIT: 900656.749 - 6

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL
PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO

Fecha:	01-sept-23	**Hora:**	10:05	**Lugar:**	Puerto caicedo			
Nombre del propietario: Piedad mena				**Cédula:**	27 203. 457			
				Celular:	3223499435			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		**Donde ?**						
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Prinsesa	3 años		X			X.		

Por qué desea recibir la ayuda? no cuento con los recursos

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X **NO** ___, **Por qué ?** la quiero

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X **NO** ___. **Por qué ?** se puede infectar.

Yo Piedad Mena **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Piedad Mena

Cédula: 27.203. 457

Propietario de la mascota

Nombre: Victoria Bohorquez

Firma:

Cédula: 39841666

Encuestador

Fundación: ___ **Asociación:** ___ **Otro:** X





'A BENEFICIADA

3/4
403

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Piedad mena		
NOMBRE: Princesa	ESPECIE: Canino		
COLOR: Beige.	RAZA: Criolla	EDAD: 3 años	
SEXO: Hembra	PESO: 5,3K	PROCEDENCIA:	

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
VACUNACION	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI ( ) NO (X)	
					FECHA:	

EXAMEN CLINICO

FC: 63	FR: 13	TLLC: n/a	TEMPERATURA: 37,5	PULSO: N/A.

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(X)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

COMENTARIOS: Normal

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23

404

7 20 kg. 7

315

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Loida noriela lopez.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Paloma Raza: Criollo
Edad: 5 años.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

NOMBRE: Norielalopez CÉDULA: 31576557

FECHA: Bagre. CELULAR: 3115110757

DIRECCIÓN: bagre. BARRIO: 1

405 ~~7~~ 376

Corporación Amazonica NIT: 900656749-6

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO

Fecha:	10-Sept-23	Hora:	14:30	Lugar: Modelo de paz.				
Nombre del propietario: Loida noriela lopez				Cédula: 31576557				
				Celular: 3115107557.				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Paloma	5 años		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? Porque no cuento con recursos economicos

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO ____, Por qué ? por que la quiero

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ___. Por qué ? se le puede infectar

Yo _____ autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Noriela lopez	Nombre:
	Firma: Victoria Bohorquez
Cédula: 31576557	Cédula: 39841666
Propietario de la mascota	Encuestador
	Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





BE... ...CIADA

3L
406

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Lida noriela lopez		
NOMBRE: Paloma	**ESPECIE:** Canino		
COLOR: Beige	**RAZA:** Criollo **EDAD:** 5 años		
SEXO: H **PESO:** 20k.	**PROCEDENCIA:** Puerto Caicedo		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
VACUNACION	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 13-09/23.	

EXAMEN CLINICO

FC: 63.	FR: 13	TLLC: N/A.	TEMPERATURA: 37,6.	PULSO: N/A.

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(X)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

COMENTARIOS: Normal

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23

407

8

kg 4.1

Preñada 8

318

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Loida noriela Lopez
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: ISIS. Raza: Criollo
Edad: 9 meses

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Noñelalopez CÉDULA: 31576557

FECHA: 22/09/23 CELULAR: 3115110757

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: bagle

408 8 3-9

Corporación Amazonica NIT: 900656.749 - 6

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO

Fecha:	10-sept-23	**Hora:**	14:30	**Lugar:** Modelo de paz				
Nombre del propietario: Loida noriela				**Cédula:** 31576557.				
				Celular: 3115110757.				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		**Donde ?**						
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
ISIS	9meses			X		X		

Por qué desea recibir la ayuda? porque no cuento con recursos economicos

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X **NO** ____, **Por qué ?** ____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X **NO** ___. **Por qué ?** ____

Yo loida Noriela lopez **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Noriela lopez	**Nombre:**
	Firma: Victoria Bordorquez
Cédula: 31576557.	**Cédula:** 39847666.
Propietario de la mascota	**Encuestador**
	Fundación: ___ **Asociación:** ___ **Otro:** X





A BENEFICIADA

409 326

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Loida Noriela Lopez		
NOMBRE: ISIS	**ESPECIE:** Canino		
COLOR: Bicolor	**RAZA:** Criollo **EDAD:** 9 meses		
SEXO: Hembra **PESO:** 4,1kg	**PROCEDENCIA:** Puerto Caicedo		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (X)
VACUNACION	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI ( ) NO (X)	
					FECHA:	

EXAMEN CLINICO

FC: 63	FR: 13	TLLC: N/A	TEMPERATURA: 37,7.	PULSO: N/A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (X) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X	X	Preñada / Gestacion

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
Gestacion	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23

410

9

11.8 kg. 9

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Flor Quinayas.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Zacha Raza: criollo
Edad: 4meses

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 283914 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Flor Quinayas CÉDULA: 39840628
FECHA: 22/09/23 CELULAR: 3213340639.
DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Modelo de Paz

9.
362
411

Corporación Amazonica
NIT: 900656.749 - 6

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL
PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO

Fecha:	10-sept-23	**Hora:**	14:40	**Lugar:**	Puerto caicedo			
Nombre del propietario: Flor Quinayas				**Cédula:**	39840628			
				Celular:	3213340639.			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		**Donde ?**						
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Sacha	9meses		X			X		

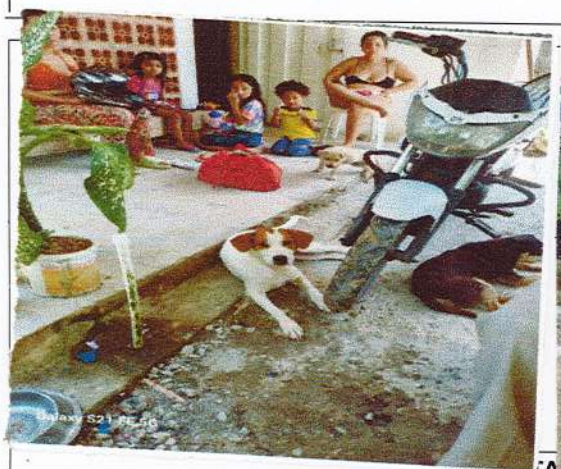
Por qué desea recibir la ayuda? _____

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X **NO** _____ **, Por qué ?** _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X **NO** ____ **. Por qué ?** _____

Yo Flor M Quinayas **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Flor M Quinayas	**Nombre:**
Cédula: 39840628	**Firma:** Victoria Bohorquez
Propietario de la mascota	**Cédula:** 39841666
	Encuestador
	Fundación: ___ **Asociación:** ___ **Otro:** X





MASCOTA BENEFICIADA

323
412

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	**MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ**	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE Flor Gomayas			
NOMBRE: Sacha	**ESPECIE:** Canino		
COLOR: Blanco-Cafe	**RAZA:** Criollo **EDAD:** 9meses.		
SEXO: H **PESO:** 11.8K	**PROCEDENCIA:** Puerto Caicedo		

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	**CANINOS**		**FELINOS**		**ESTADO REPRODUCTIVO**	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI ( ) NO (X)	
					FECHA:	

EXAMEN CLINICO

FC: 63	FR: 13	TLLC: N/A.	TEMPERATURA: 37,5	PULSO: N/A.

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (X) SECAS(__)

MUCOSAS:	**NORMAL**	**ANORMAL**	**OBSERVACIONES:**
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

COMENTARIOS: normal

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23

473

10

16.6 kg - Preñada

10
3/24

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Rafael Dorado
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Morocha Raza: Criolla
Edad: 1 año

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 28934 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Rafael Dorado CÉDULA: 15571076

FECHA: 27/09/23. CELULAR: 3212518675

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Jardín

10

Corporación Amazonica
NIT: 900656.749 - 8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL
PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO

Fecha:	10-Sept. 2023	Hora:	15:00	Lugar:	El Bagre		
Nombre del propietario: Segundo Rafael Dorado				Cédula:	15561076		
				Celular:	3212518679		
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?					
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
Morocha	1año		X			X.	

Por qué desea recibir la ayuda? no cuento con recursos

Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ___. Por qué ? _____

Yo Rafael Dorado autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Rafael Dorado	Nombre:
	Firma: Victoria Bohorquez
Cédula: 15571076	Cédula: 39841666
Propietario de la mascota	Encuestador
	Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





MASCOTA BENEFICIADA

326
415

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Rafael Dorado.		
NOMBRE: Morocha	ESPECIE: Canina.		
COLOR:	RAZA: Criolla EDAD: 1 año		
SEXO: H PESO: 16,6K	PROCEDENCIA: Puerto Salcedo		

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(X)		SI (___) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (X)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI ( ) NO(X)	
					FECHA:	

EXAMEN CLINICO

FC: 63	FR: 13	TLLC: n/A	TEMPERATURA: 37,5	PULSO: n/A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (X) SECAS(__)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	/	X	Gestacional

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

COMENTARIOS: Gestacional

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23

4/16

11

I.S. K9

11
3/27

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Erika Delgado
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: X Macho:_____
Nombre de la mascota: Pantera Raza: Criollo
Edad: 7 meses.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 28894 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi ascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: _____ CÉDULA: 1125411668

FECHA: 27/09/23 CELULAR: 3158842257

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Olímpico

Corporación Amazonica NIT: 900656.749 - 8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO

Fecha:	06-Sept-23	Hora:	15:00	Lugar:	Modelo Paz			
Nombre del propietario: Erika Delgado Basante.				Cédula:	1.125 412 228			
				Celular:	315 380 7088			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Pantera	7meses			X		X		

Por qué desea recibir la ayuda? No cuento con recursos.

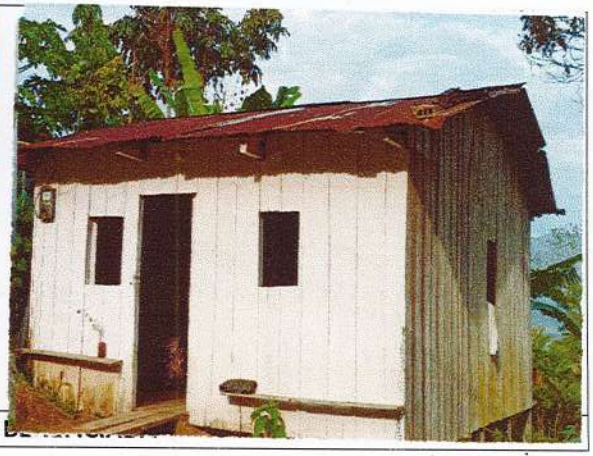
Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ___. Por qué ? _____

Yo Erika Delgado autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Erika Delgado	Nombre: Jhoanna Jossa
Cédula: 1.125.412.228.	Firma: Jhoanna Jossa.
Propietario de la mascota	Cédula:
	Encuestador
	Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





329
418

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Erika Delgado		
NOMBRE: Pantera	**ESPECIE:** Felino		
COLOR: negra	**RAZA:** Criollo **EDAD:** 7meses		
SEXO: H **PESO:** 1,5kg	**PROCEDENCIA:** Puerto Caicedo		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(___)		SI (___) NO (X)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
VACUNACION	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI ( ) NO (X)	
					FECHA:	

EXAMEN CLINICO

FC: 111.	FR: 22.	TLLC: n/A	TEMPERATURA: 38,2.	PULSO: n/A

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(X).

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

COMENTARIOS: normal

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23

419

2,6 kg

12

330

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Rosalba Pai Pai
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: lulu. Raza: Criollo
Edad: 1año

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 28394 de la Fundación Fiel Amigo para realizar la esterilización y los procedimientos que sean necesarios en el curso de ésta.

Entiendo que tomarán los cuidados necesarios para proteger la vida y salud de mi mascota, sin embargo, entiendo que existen ciertos riesgos en la cirugía, incluyendo infección en el área de la operación, suturas sueltas o rotas, comezón en la piel, condición moribunda temporánea, pérdida de apetito en raras ocasiones o posible muerte.

Libero a la Fundación Fiel Amigo y a su médico veterinario de cualquier reclamo o responsabilidad de la cirugía y cualquier reclamo por reembolso de los gastos asociados por cuidado de la mascota, aun cuando el dueño o persona autorizada crea que estos gastos son asociados con la cirugía realizada en la Fundación Fiel Amigo.

Debo de llevarme la mascota el mismo día, de lo contrario habrá cargos extras, entiendo que si abandono a mi mascota en la Fundación Fiel Amigo, ésta será autorizada como su propietario y podrá disponer de ésta como considere.

Certifico que mi animal se encuentra en buen estado de salud y que no está recibiendo ningún tipo de tratamiento con otro médico veterinario.

FAVOR DILIGENCIAR TODOS LOS DATOS A CONTINUACIÓN

FIRMA: Rosalba Pai Pai CÉDULA: 41104527

FECHA: 22/09/23. CELULAR: 3157974044

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Las Vegas

12
~~33~~ 34
420

Corporación Amazonica NIT: 900656749-8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARACTERIZACIÓN PARA ESTERILIZACIONES GRATUITAS DE CANINOS Y FELINOS EN CONDICIÓN VULNERABLE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO

Fecha:	18-Sept-2023	Hora:	9 am	Lugar:	Las vegas			
Nombre del propietario: Rosa Pai Pai				Cédula:	41104527			
				Celular:	3157974044			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO ___		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
lu lu	1 año			X		X		

Por qué desea recibir la ayuda? No cuento con recursos economicos

Se comprómete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

Se compromete cuidar su mascota en el proceso post quirúrgico ya que es muy importante para que tenga una recuperación exitosa ? SI X NO ___. Por qué ? _____

Yo Rosalba Pai Pai autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Rosalba Pai Pai

Cédula: 41 104 527

Propietario de la mascota

Nombre:

Firma: Jhoanna Jossa

Cédula: 1125 410797

Encuestador

Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





BENEFICIADA

332
427

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/22	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE: Rosalba Pai			
NOMBRE: lulu	ESPECIE: Felino		
COLOR: Bicolor-tigrillo	RAZA:	EDAD: 1 AÑO	
SEXO: Hembra	PESO: 2,6K	PROCEDENCIA: Puerto Caicedo	

HISTORIA DEL PACIENTE

VACUNACION	CANINOS		FELINOS		ESTADO REPRODUCTIVO	
	SI(___) NO(___)		SI (___) NO (X)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	DESPARASITACION	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 03-Feb-23.	

EXAMEN CLINICO

FC: 111	FR: 21	TLLC: n/a	TEMPERATURA: 38,3	PULSO: n/n

CONDICION CORPORAL: CAQUECTICO(__) DELGADO(__) NORMAL(X) OBESO(__) SOBREPESO(__)

ACTITUD Y TEMPERAMENTO: LETARGICO(__) ESTUPOROSO(__) COMATOSO(__) AL ERTA (X)

ESTADO DE HIDRATACION: NORMAL (X) DESHIDRATACION: 0-5% (__) 6-7% (__) 8- 9% (__) +10% (__)

MUCOSAS: PALIDAS (__) ROSADAS (X) HUMEDAS (__) SECAS(X)

MUCOSAS:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES:
CONJUNTIVAL	X		
ORAL	X		
VULVAR/PREPUCIAL	X		
RECTAL	X		
OIDOS	X		
NODULOS LINFATICOS	X		
PIEL/ANEXOS	X		
LOCOMOCION	X		
A. MUSCULOESQUELETICO	X		
SISTEMA NERVIOSO	X		
A. CARDIOVASCULAR	X		
A. RESPIRATORIO	X		
A. DIGESTIVO	X		
A. GENITOURINARIO	X		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

COMENTARIOS: Normal

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23.