422

13

13

2.6 kg.

333

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Esperanza Muñoz.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Micha 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: Esperanza Muñoz CÉDULA: 1725470432

FECHA: 22 septiembre. CELULAR: 3774735323

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Jose Antonio galan.

13
334
423

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:**	14	**Lugar:**	Jose antonio galan			
Nombre del propietario: Esperanza Muñoz Torres				**Cédula:** 1125410932				
				Celular: 3138510422				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		**Donde ?**						
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Micha	2A		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? 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 Esperanza Muñoz **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Esperanza Muñoz	**Nombre:**
	Firma: Victoria Bohorquez.
Cédula: 1'125.410.932.	**Cédula:** 39.871.666
Propietario de la mascota	**Encuestador**
	Fundación: ___ **Asociación:** ___ **Otro:** X





335
424

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Esperanza Muñoz.		
NOMBRE: Micha.	ESPECIE: Felino		
COLOR: GRIS	RAZA: Criolla EDAD: 2 años		
SEXO: H. PESO: 3,6K	PROCEDENCIA: Puerto caicedo.		

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:	

EXAMEN CLINICO

FC: 111	FR: 27	TLLC: n/a.	TEMPERATURA: 38.3	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

425

14

fiel amigo
Fundación

8.25 kg. 14

.336

Primario Esplenio

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Carmen Maria Zolazar.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Chiripo Raza: Criollo
Edad: 4años.

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 [illegible]a, 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: Maria Salazar CÉDULA: 29508655

FECHA: 22/04/2023 CELULAR: 3166116195

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Cristalina

14

337
426

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:	11-Sept 2023	**Hora:**	10 am	**Lugar:**	Modelo de paz			
Nombre del propietario: Carmen Maria Salazar				**Cédula:**	29508253			
				Celular:	316 641 6175.			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X	**Donde ?**							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Piringy	7 meses		X			X.		

Por qué desea recibir la ayuda? no cuento con recurso por la esterilizacion

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 Zalazar. **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Carmen zalazar	**Nombre:**
Cédula: 29508253	**Firma:** Victoria Bohorquez
Propietario de la mascota	**Cédula:** 38941660
	Encuestador
	Fundación: ___ **Asociación:** ___ **Otro:** ___





A BENEFICIADA

338
427

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Carmen maria salazar.		
NOMBRE: Chispa	ESPECIE: Canino		
COLOR: Cafe.	RAZA: criolla EDAD: 4 años		
SEXO: H. PESO: 8,25.	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: 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 (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.	Piometra gigante.

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
Piometra Gigantes	

COMENTARIOS: 1

FECHA ENTREGA MASCOTA:

428

15 2.5kg- 15

339

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Yulama Mercado
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino: _____
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Michael Raza: Criollo
Edad: 2años.

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: _____ CÉDULA: 17.595.483

FECHA: 22-9-23 CELULAR: 3209187798

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Modelo Paz

15
340
429

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:	16-Sept-2023	**Hora:**	14:30	**Lugar:**	Modelo de Paz			
Nombre del propietario: Yuleima Mercado Jaspen.				**Cédula:**	1759548 3.			
				Celular:	3209187798.			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X.	**Donde ?**							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Micha Michel	2 años.			X		X		

Por qué desea recibir la ayuda? 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 Yuleima Mercado Jaspen **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Yuleima Mercado	**Nombre:** Victoria Bohorquez
Cédula: 1759548 3	**Firma:**
Propietario de la mascota	**Cédula:** Victoria Bohorquez
	Encuestador
	Fundación: ___ **Asociación:** ___ **Otro:** X.





BENEFICIADA

347
430

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Yulema Mercado		
NOMBRE: Michael	ESPECIE: Felino		
COLOR: Gris	RAZA: Criolla EDAD: 2 años		
SEXO: H. PESO: 2,5K.	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 ( ) NO (X)	
					FECHA:	

EXAMEN CLINICO

FC: 111	FR: 22	TLLC: n/n	TEMPERATURA: 38,3	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.

431

16

17.3.

16

342

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Lorda 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: Kiara Raza: Criollo
Edad: 2 años.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 283947. 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: Nestela lopez CÉDULA: 31 576 557
FECHA: 22/09/23 CELULAR: 311 511 07 57
DIRECCIÓN: _____ BARRIO: bagre

16.
343
432

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:	10-Sept-2023	**Hora:**	16:30	**Lugar:**	Santa ana.		
Nombre del propietario:	loida Noriel lopez			**Cédula:**	31576557.		
				Celular:	3115110757		
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X.	**Donde ?**						
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**
Kiara	2 años.		X			X	

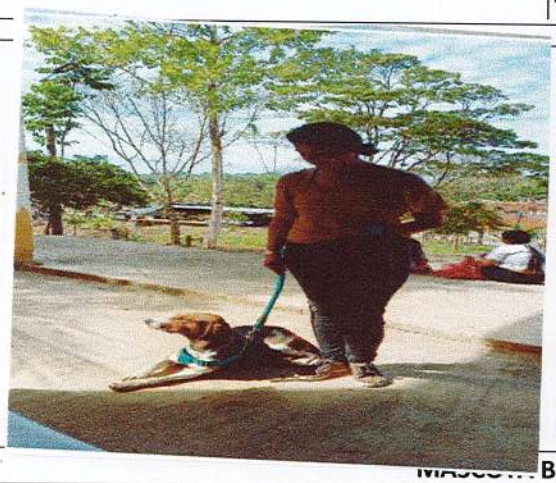
Por qué desea recibir la ayuda? No cuento con recursos economicos

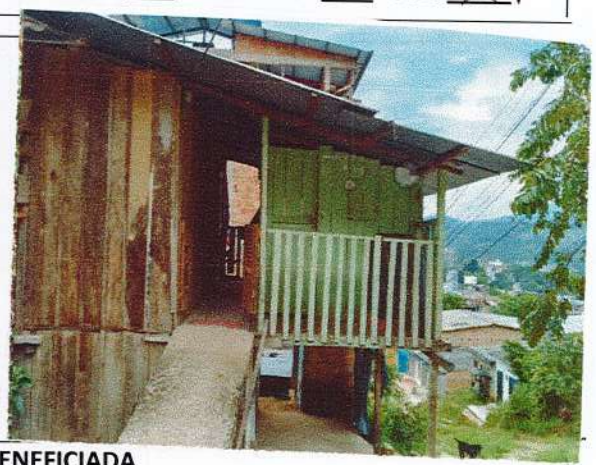
Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, **Por qué ?** _____

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

Firma: loida lopez	**Nombre:**
Cédula: 31576557.	**Firma:** Victoria Bohorquez
Propietario de la mascota	**Cédula:** 39891666
	Encuestador
	Fundación: ___ **Asociación:** ___ **Otro:** X.





MASCOTA BENEFICIADA

349
433

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Loaida lopez		
NOMBRE: Kiara	**ESPECIE:** canino		
COLOR: Tricolor	**RAZA:** Criollo **EDAD:** 2 años		
SEXO: H **PESO:** 17,3K	**PROCEDENCIA:** Puesto calcedo		

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: 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 (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

434

17.

20 kg. 17

345

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Laida 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: Lolo Raza: Criollo
Edad: 1 año

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Sherson 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

NOMBRE: Laida Lopez CÉDULA: 31576557
FECHA: 22/09/23 CELULAR: 3110757 11
DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Bagre.

346
435

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:	10-Sep-2023	**Hora:**	16:30	**Lugar:**	Modelo de paz		
Nombre del propietario:	loida Noriel lopez			**Cédula:**	31576557.		
				Celular:			
Cuenta con trabajo?	**Donde ?**						
SI ___ **NO** X.							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**
lulo	2 años		X			X.	

Por qué desea recibir la ayuda? NO Cuento con recursos.

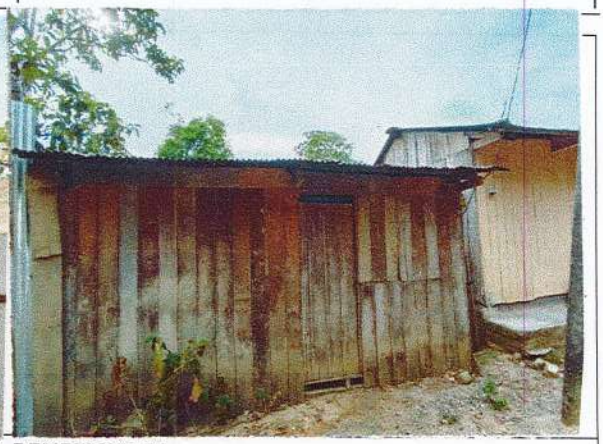
Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X **NO** _____ **, Por qué ?** _____

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

Firma: loida Noriel lopez	**Nombre:**
Cédula: 31576557.	**Firma:** Victoria Bohorquez
Propietario de la mascota	**Cédula:** 39.841.666
	Encuestador
	Fundación: ___ **Asociación:** ___ **Otro:** X.





MASCOTA BENEFICIADA

347
436

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Lolda lopez		
NOMBRE: lulu	ESPECIE: Canino		
COLOR: Bicolor	RAZA: Criollo EDAD: 1 AÑO		
SEXO: H. PESO: 20k.	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: 15	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

437

18

Kg: 7.8

18
348

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Maribel Cabrera
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: ____ Canino; X
Hembra: X Macho: ____
Nombre de la mascota: Sacuta Raza: criollo
Edad: 8 meses

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 283944 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: Maribel cabrera CÉDULA: 27865782
FECHA: 22/09/23 CELULAR: 3124779766.
DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Modelo de paz

18
349
438

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-Sep-23	**Hora:**	3:00	**Lugar:**	Puerto Caicedo			
Nombre del propietario: Maribel Cabrera Mora				**Cédula:**	27.865 782.			
				Celular:	312 447 9766			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X	**Donde ?**							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Miss	2 años		X			X		

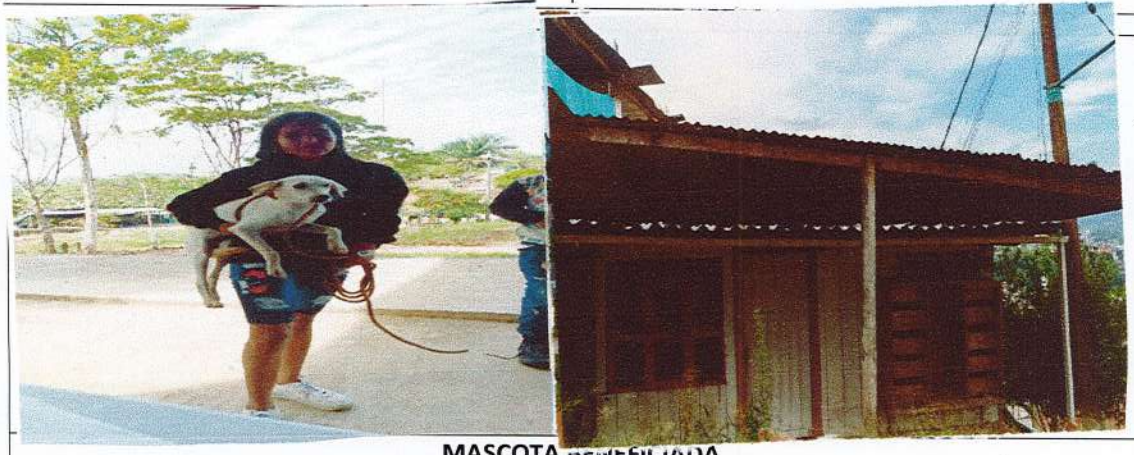
Por qué desea recibir la ayuda? No tengo recursos

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 Maribel Cabrera **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Maribel Cabrera	**Nombre:**
	Firma: Victoria Bohorquez
Cédula: 27.865 782.	**Cédula:** 39841 666
Propietario de la mascota	**Encuestador**
	Fundación: ____ **Asociación:**____ **Otro:** X



MASCOTA BENEFICIADA

350
439

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Maribel Cabrera.		
NOMBRE: Sucura	ESPECIE: Canino		
COLOR: Blanca	RAZA: Criollo EDAD: 8meses		
SEXO: H - PESO: 7,8K	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: 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

440

19

fiel amigo
Fundación

3.30 kg. 19 351

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Mayely Ranjito
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: Criollo
Edad: 2años.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 283944 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: Mayely Ranjito CÉDULA: 1125411603

FECHA: 22-09-23 CELULAR: 3124002882

DIRECCIÓN: B/Palermo BARRIO: Palermo

19
352
441

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:	18/sep/2023.	**Hora:**	10:am	**Lugar:**	villa del rio			
Nombre del propietario: Mayely Renjifo				**Cédula:**	1125411603			
				Celular:	3124002892.			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X	**Donde ?**							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**
Luna	2 años			X		X.	

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

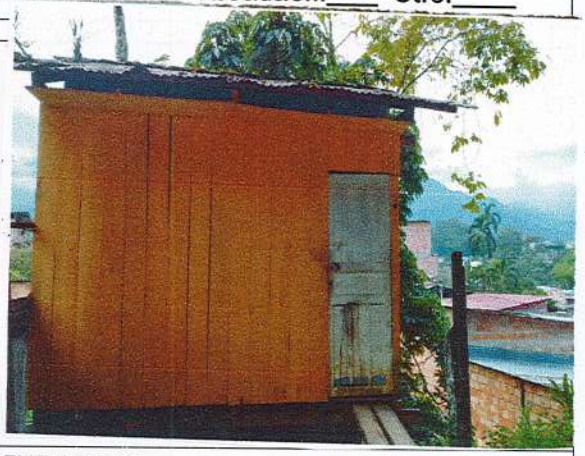
Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, **Por qué ?** _____

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 Mayely Renjifo **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Mayely Renjifo.	**Nombre:**
Cédula: 1125411603.	**Firma:** Victoria Bohorquez
Propietario de la mascota	**Cédula:** 39841666.
	Encuestador
	Fundación: **Asociación:**___ **Otro:**___





BENEFICIADA

~~353~~ 442

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE Mayely Renjifo			
NOMBRE: luna.	**ESPECIE:** Felino		
COLOR: Bicolor	**RAZA:** Criollo **EDAD:** 2 años		
SEXO: H.	**PESO:** 3,30 **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 (X) NO ( )	
					FECHA: 10-05-23.	

EXAMEN CLINICO

FC: 111.	FR: 23	TLLC: n/a	TEMPERATURA: 38,3	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

443

'20

3kg.

20
~~35~~ 9

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

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

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: Elcy Judith Tascon CÉDULA: 1116202764
FECHA: 22/09/23 CELULAR: 3208266307
DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Sinai

20
355
444

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: 18/09/23		**Hora:** 13:30			**Lugar:** Pto caicedo			
Nombre del propietario: Elcy tascan					**Cédula:** 1.116202.164			
					Celular: 3208266307.			
Cuenta con trabajo?		**Donde ?** Agricultor						
SI X.	**NO** ____							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
luna	5 años		X			X.		

Por qué desea recibir la ayuda? no tengo plata.

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 Elsi Judith Tiu **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Elsi Judith Tiu	**Nombre:**
Cédula: 1.116202164	**Firma:** Victoria Bohórquez
Propietario de la mascota	**Cédula:** 39847666
	Encuestador
	Fundación: ____ **Asociación:**____ **Otro:**____





MASCOTA BENEFICIADA

356
445

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE Flcq tascar.			
NOMBRE: luna	**ESPECIE:** Canino.		
COLOR: Blanco	**RAZA:** Criollo **EDAD:** 5 años		
SEXO: H **PESO:** 13k	**PROCEDENCIA:** Puerto carcedo		

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: 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

446

21

fiel amigo
Fundación

290 kg. 357

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Elcy tuscon.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: ____ Canino: X
Hembra: X Macho: ____
Nombre de la mascota: Muñeca 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

NOMBRE: Elcy Tuscon CÉDULA: 1116202164
FECHA: 27/09/23 CELULAR: 3208266307
DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Sinai

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: 22/09/23		Hora: 11:30		Lugar: Puerto Caicedo				
Nombre del propietario: Elcy Tascan				Cédula: 1.116 202 164				
				Celular: 320 826 6307.				
Cuenta con trabajo? SI X NO ____		Donde ? Asricultor.						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Muñeca	9 meses		X			X.		

Por qué desea recibir la ayuda? no tengo plata

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 Elsi Judi [illegible] autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Elsi Judi [illegible]	Nombre:
Cédula: 1116.202 164	Firma: Victoria Bohorquez
Propietario de la mascota	Cédula: 39841666
	Encuestador
	Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X.





A BENEFICIADA

359
448

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Elcy Tascan.		
NOMBRE: Muñeca	ESPECIE: Canino		
COLOR: Cafe.	RAZA: Criollo EDAD: 9 meses		
SEXO: H PESO: 20K	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: 78.	FR: 13	TLLC: N.A	TEMPERATURA: 37.5.	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 (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

449

~~28~~ 22.

22

7.6 kg.

~~360~~

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

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

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: Anguie CÉDULA: 1125408743
FECHA: 22/09/23 CELULAR: 3178342555
DIRECCIÓN: _____ BARRIO: los lagos

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:	22/09/23	**Hora:**	10:30	**Lugar:**	Puerto caicedo			
Nombre del propietario: Angule Barriento				**Cédula:**	1125408743			
				Celular:	317 8342555			
Cuenta con trabajo? SI X NO ____	**Donde ?** Secretaria							
Nombre de la mascota: luna	**Edad:** 7 meses	**Especie:**	CANINA X	FELINA	**Sexo:**	HEMBRA X	MACHO	

Por qué desea recibir la ayuda? no tengos 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 Angule Barriento **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma:	**Nombre:**
Cédula: 1125408743.	**Firma:** Victoria Bohorquez
Propietario de la mascota	**Cédula:** 39841660
	Encuestador
	Fundación: ____ **Asociación:** ____ **Otro:** ____





TA BENEFICIADA

362
451

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23.	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Angie Barriento		
NOMBRE: luna.	**ESPECIE:** Canino		
COLOR: Negra-Cafe	**RAZA:** Criollo. **EDAD:** 7 meses		
SEXO: H	**PESO:** 7,6kg. **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: 78	FR: 15	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 (__) 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

452

23

fiel amigo
Fundación

14.3 kg. 23 363

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Katerine Macias.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: ____ Canino; X
Hembra: X Macho: ____
Nombre de la mascota: Manchas. Raza: criollo
Edad: 2 años

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Sherson Hernandez con tarjeta profesional 283944. 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: katerine macias CÉDULA: 1122863424

FECHA: 22/09/23 CELULAR: 3122990607

DIRECCIÓN: la playa BARRIO: _____

23
364
453

Corporación Amazonica
NIT: 900.656.749 - 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: 22/09/23		**Hora:** 10:33.		**Lugar:** Puerto caicedo				
Nombre del propietario: Katerine Macias				**Cédula:** 1124863428 **Celular:** 3124990601.				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		**Donde ?**						
Nombre de la mascota: Manchas.	**Edad:** 2 años	**Especie:**	**CANINA** X	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA** X	**MACHO**	

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 Katerine Macias **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Katerine Macias	**Nombre:**
	Firma: Victoria Bohorquez
Cédula: 1124863428	**Cédula:** 39841660
Propietario de la mascota	**Encuestador**
	Fundación: ___ **Asociación:** ___ **Otro:** X





MASCOTA BENEFICIADA

365
454

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Katerine Macías		
NOMBRE: Manchas.	ESPECIE: Canino		
COLOR: Blanco-negro	RAZA: Criollo EDAD: 2 años		
SEXO: H	PESO: 14,3k 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: 78	FR: 15	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

455

24

fiel amigo
Fundación

7.8 kg. 24. 366

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Jasmin Rvales.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; ____
Hembra: ____ Macho: X
Nombre de la mascota: Papa Raza: criollo
Edad: 6meses.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 283944. 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: Liliana Rvales. CÉDULA: 1077088209

FECHA: 22 sept 2023 CELULAR: 3226123820

DIRECCIÓN: K veinte Julio BARRIO: 20 de Julio

24

~~367~~
456

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:**	11:30	**Lugar:**				
Nombre del propietario: Jasmin Rúales.				**Cédula:** 1077084349				
				Celular: 3236133820				
Cuenta con trabajo? SI X NO ____	**Donde ?** ama de casa.							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Pe Pe	6 meses			X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? no tengo dinero

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 Jasmin Liliana Rúales **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Liliana Rúales	**Nombre:**
Cédula: 1.077.084349.	**Firma:** Veronica Bohorquez
Propietario de la mascota	**Cédula:** 39841666
	Encuestador
	Fundación: ____ **Asociación:** ____ **Otro:** X





MASCOTA BENEFICIADA

368
457

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 24/09/23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE Jasmin Ruales.			
NOMBRE: Pepe.	**ESPECIE:** Felino		
COLOR: negro	**RAZA:** Criollo **EDAD:** 6meses		
SEXO: M **PESO:** 1,8kg	**PROCEDENCIA:** Puerto Caicedo		

HISTORIA DEL PACIENTE

	CANINOS		**FELINOS**		**ESTADO REPRODUCTIVO**	
	SI(___) NO(___)		SI (X) NO (___)		ESTELIZADO( )	GESTACION (__)
VACUNACION	PUPPY (___)	FECHA:	TRIPLE (__)	FECHA:	ENTERO (X)	LACTANCIA (__)
	QUINTUPLE(_	FECHA:	RABIA (__)	FECHA:	**DESPARASITACION**	
	RABIA (__)	FECHA:	LEUCEMIA (__	FECHA:	SI (X) NO ( )	
					FECHA: 23-05/2023	

EXAMEN CLINICO

FC: 111	FR: 22	TLLC: n/a	TEMPERATURA: 38,5.	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

458

25

25
369

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Jasmin Ruales
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino: _____
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Chispas Raza: Criollo
Edad: 6 meses.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 283944 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: Liliana Ruales CÉDULA: 1017084349

FECHA: 22 sep 2023. CELULAR: 3236133820

DIRECCIÓN: Pto Caicedo BARRIO: Veinte de julio.

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:	22/09/2023	**Hora:**	11:35	**Lugar:**	Pto caicedo			
Nombre del propietario: Jasmin Ruales.				**Cédula:**	1077084349			
				Celular:	3236133820			
Cuenta con trabajo? SI X NO ___	**Donde ?** ama de casa.							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Chispaw	6meses			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** X **. Por qué ?** _____

Yo Jasmin Liliana Xuales. **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Liliana Xuales.	**Nombre:**
Cédula: 1077084349.	**Firma:** Veronica Bohorquez
Propietario de la mascota	**Cédula:** 39841666
	Encuestador
	Fundación: ___ **Asociación:** ___ **Otro:** X





371
460

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Jasmin Ruales.		
NOMBRE: chispaw.	ESPECIE: Felino.		
COLOR: Bicolor.	RAZA: Criolla. EDAD: 6 meses.		
SEXO: H. PESO: 1,8kg	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 ( ) NO (X)	
					FECHA:	

EXAMEN CLINICO

FC: 111	FR: 21	TLLC: N/A	TEMPERATURA: 38,6	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

461

26

2.75 kg. 25 372

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

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

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 283944 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, esta 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: Amanda Hoyos CÉDULA: 69022905
FECHA: 22-09/2023 CELULAR: 3142254562
DIRECCIÓN: B/ Guasimal BARRIO: Puerto Caicedo

26
373
462

Corporación Amazonica
NIT: 900.656.749 - 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-2023	**Hora:**	12:00	**Lugar:**	puerto caicedo			
Nombre del propietario: Amanda Hoyos				**Cédula:**	69022905			
				Celular:				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		**Donde ?**						
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
lulu	No sabe.		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? no tengo dinero

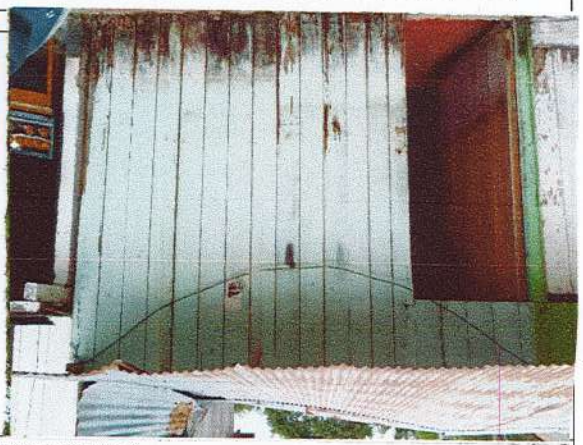
Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X **NO** ____, **Por qué ?** ____

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 Amanda Hoyos **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: AMANDA HOYOS	**Nombre:**
	Firma: Victoria Bohorquez
Cédula: 69022905	**Cédula:** 39841666
Propietario de la mascota	**Encuestador**
	Fundación: ___ **Asociación:** ___ **Otro:** ___





MASCOTA BENEFICIADA

379
463

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 24/09/23.	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE Amanda Hoyos.			
NOMBRE: Kiara	**ESPECIE:** Canino		
COLOR: negra-café	**RAZA:** Criolla **EDAD:** 5 años		
SEXO: H. **PESO:** 2,15k	**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: 85	FR: 15	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: 27/09/23

464

27

~~27~~
~~375~~

8.4 kg.

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Omaira Rosero
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: Sacha Macho: _____
Nombre de la mascota: Sacha Raza: criollo
Edad: 7 meses

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 283994. 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: Omaira Rosero CÉDULA: 69 028773

FECHA: 22/09/23. CELULAR: 3156910227.

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: San diego

27
376
465

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:	10-Sep-2023	Hora:	11:50	Lugar:	Puerto caicedo
Nombre del propietario: Omaira Rosero				Cédula:	69022713
				Celular:	3156910227.
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?			

Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
Sacha	7 meses		X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? no tengo dinero

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 Omaira Romo autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Omaira Romo	Nombre:
	Firma:
Cédula: 69022713	Cédula:
Propietario de la mascota	Encuestador
	Fundación: ____ Asociación:____ Otro:____





MASCOTA BENEFICIADA

377
466

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23 | MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ | TARJETA PROFESIONAL N° 28394

DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE: Omaira Rosero

NOMBRE: Sacha | ESPECIE: Canino

COLOR: Bicolor | RAZA: Criolla | EDAD: 7 meses

SEXO: H | PESO: 8,4K | PROCEDENCIA: 7 meses

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: 13-02-23	

EXAMEN CLINICO

FC: 78 | FR: 15 | 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

467

28

28

75.9 kg. 378

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Gabriela Popayan
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Sandy Raza: Criollo
Edad: 2 años.

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: Gabriela CÉDULA: 36297257

FECHA: 22 Sep CELULAR: 3143587948

DIRECCIÓN: V Guacimal BARRIO: V Guacimal

28
379
468

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:	10/09/23	Hora:	11:45	Lugar:	Puerto caicedo			
Nombre del propietario: Gabriela Papamija				Cédula:	36297251			
				Celular:	314 358 7948			
Cuenta con trabajo? SI X NO ____		Donde ?	Agricultura.					
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Sandy	2años		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 Gabriela Papamija. autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Gabriela Papamija	Nombre:
Cédula: 36297251	Firma: Victoria Bohorquez
Propietario de la mascota	Cédula: 39841666
	Encuestador
	Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





MASCOTA BENEFICIADA

380
469

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Gabriela Papamija.		
NOMBRE: Sandy	ESPECIE: Canino		
COLOR: Bicolor	RAZA: Criolla EDAD: 2 años		
SEXO: H. PESO: 15,9K	PROCEDENCIA: Puesto 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: 13/07/23	

EXAMEN CLINICO

FC: 15	FR: 78	TLLC: n/n	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

Corporación Amazonica
NIT: 900656.749 - 8

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL DEPARTAMENTAL
PUTUMAYO

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

1/392
471

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

Fecha:	10/04/23.	**Hora:**	11:50	**Lugar:**	Puerto Caicedo			
Nombre del propietario: Gabriela Papamija.				**Cédula:**	36297257			
				Celular:	314 3587948			
Cuenta con trabajo? SI X NO ____		**Donde ?** Agricultura.						
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Sacha	2años		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 Gabriela Papamija. **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Gabriela Papamija	**Nombre:**
	Firma:
Cédula: 36 297 257	**Cédula:**
Propietario de la mascota	**Encuestador**
	Fundación: ____ **Asociación:**____ **Otro:**____





MASCOTA BENEFICIADA

470

29

15 kg. 29/367

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Gabriela Papamija
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Sacha Raza: Criollo
Edad: 2 años.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Sherson Hernandez con tarjeta profesional 28899 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: Gabriela papamija CÉDULA: 36297257

FECHA: 22 SEP CELULAR: 3104358794

DIRECCIÓN: V Guasima 1 BARRIO: V Guasimal

383
472

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Gabriela Papamija		
NOMBRE: Sacha	ESPECIE: Canino		
COLOR: Cafe.	RAZA: Criolla EDAD: 2 años		
SEXO: H. PESO: 15K.	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: 78	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(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

473

30

30

11.5 kg.

389

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Yuli lorena Mina
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Duquesa Raza: Criolla
Edad: 2 años

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jhesson 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: Yuli lorena Mina V. CÉDULA: 1125408641

FECHA: 22/09/23 CELULAR: 3225863823

DIRECCIÓN: B/modelo la paz BARRIO: _____

Corporación Amazonica NIT: 900.656.749-6

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:	13/09/23	**Hora:**	4:00pm	**Lugar:**	Modelo de Paz			
Nombre del propietario: Yuri Lorena Mina Villota.				**Cédula:**	1125408641			
				Celular:	322 586 3823			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X	**Donde ?**							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Duquesa.	2 años		X			X		

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

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 Yuli Lorena Mina V. **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Yuli Lorena Mina V.	**Nombre:**
	Firma:
Cédula: 1125408641	**Cédula:**
Propietario de la mascota	**Encuestador**
	Fundación: ___ **Asociación:**___ **Otro:**___





BENEFICIADA

386
475

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Yuri Lorena Mina.		
NOMBRE: Duquesa	ESPECIE: Canino		
COLOR: Cafe	RAZA: Criolla EDAD: 2 años.		
SEXO: H PESO: 11,5k.	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: 78	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		

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

COMENTARIOS: normal

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23

476

31

fiel amigo
Fundación

2.4 kg. 3/07

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Nubia Herrera
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Micha Raza: Criollo
Edad: 6 años.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Sherson 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: María Nubia Herrera CÉDULA: 1125410396.

FECHA: _____ CELULAR: 3217837809.

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: _____

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: 10/09/23		**Hora:** 11:40		**Lugar:** Puerto caicedo				
Nombre del propietario: Nubia Herrera				**Cédula:** 1125410396				
				Celular: 3217877809.				
Cuenta con trabajo? SI X NO ____		**Donde ?** Frontera						
Nombre de la mascota: Micha.	**Edad:** 6 años	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA** X	**Sexo:**	**HEMBRA** X	**MACHO**	

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

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 Nuvia Herrera **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Maria Nuvia Herrera	**Nombre:**
Cédula: 1125410396.	**Firma:** Oxford Bohorquez
Propietario de la mascota	**Cédula:** 39891666
	Encuestador
	Fundación: ____ **Asociación:** ____ **Otro:** X





OTA BENEFICIADA

389
478

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Nubia Herrera.		
NOMBRE: Micha	ESPECIE: Felino		
COLOR: Tigrilla	RAZA: Criolla EDAD: 6 años		
SEXO: H PESO: 2,4 kg	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: 13/06/23	

EXAMEN CLINICO

FC: 78	FR: 15	TLLC: n/a	TEMPERATURA: 38,5	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

479

32

32

3 kg.

390

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Angel Novoa
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino: _____
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: Gris Raza: Criollo
Edad: 8meses

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jhevan 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: Angel Novoa CÉDULA: 8304/3787

FECHA: 24/09/23. CELULAR: 3273925987

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Modelo de paz

32
397
480

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:	15/Sept/2023.	**Hora:**	11 am	**Lugar:**	Modelo de par			
Nombre del propietario: Angel Novoa Lozada				**Cédula:**	83043787			
				Celular:	3213925981.			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		**Donde ?**						
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Gris	8 mes.			X			X.	

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

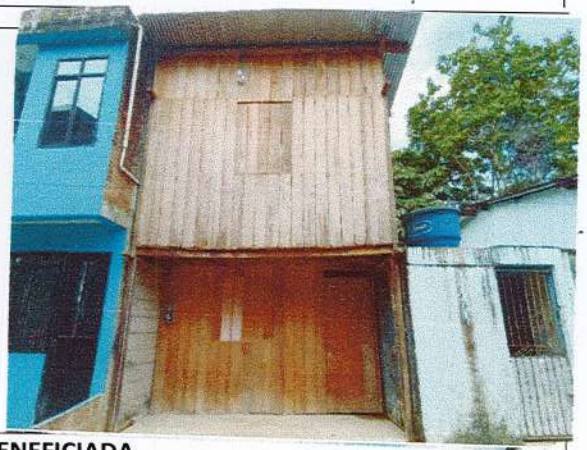
Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, **Por qué ?** _____

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 Angel Novoa **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Angel Novoa	**Nombre:**
Cédula: 83043787	**Firma:** Victorca Bohorquez
Propietario de la mascota	**Cédula:** 39841666
	Encuestador
	Fundación: ____ **Asociación:** ____ **Otro:** ____





MASCOTA BENEFICIADA

392
481

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Angel novoa.		
NOMBRE: Gris.	ESPECIE: Felino		
COLOR: Gris	RAZA: Criollo EDAD: 8 meses.		
SEXO: Macho PESO: 3k.	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 ( ) NO (X)	
					FECHA:	

EXAMEN CLINICO

FC: 111	FR: 21	TLLC: n/A	TEMPERATURA: 38,5	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

482

33

33

393

2.3 kg.

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Carmen ortiz.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; ____
Hembra: X Macho: ____
Nombre de la mascota: Princesa Raza: Criollo
Edad: 8 meses

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Sherson Hernandez con tarjeta profesional 283947 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: Carmen Ortiz Paz CÉDULA: 1006961227

FECHA: 22-09-2023 CELULAR: 3108105275

DIRECCIÓN: Pto. Caicedo BARRIO: Modelo de Raz.

33
~~34~~
483

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: 12/09/23		**Hora:** 9:00		**Lugar:** Puerto Caicedo				
Nombre del propietario: Carmen Ortiz				**Cédula:** 1006961227.				
				Celular: 3108105275.				
Cuenta con trabajo?		**Donde ?**						
SI ___	**NO** X							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Princesa	7 meses		X			X.		

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

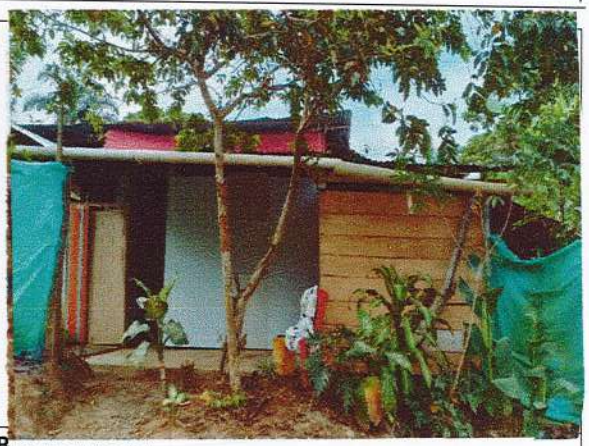
Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X **NO** _____ **, Por qué ?** _____

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 ortiz **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Carmen Ortiz	**Nombre:**
	Firma: Victoria Bohorquez
Cédula: 1006961227.	**Cédula:** 39841666.
Propietario de la mascota	**Encuestador**
	Fundación: ____ **Asociación:** ____ **Otro:** X





MASCOTA BENEFICIADA

395
484

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394

DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE Carmen Ortiz

NOMBRE: Princesa	ESPECIE: Felino		
COLOR: Tricolor	RAZA: Criolla	EDAD: 8meses	
SEXO: H.	PESO: 2,3K.	PROCEDENCIA: Puerto Carreño.	

HISTORIA DEL PACIENTE

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

EXAMEN CLINICO

FC: 111	FR: 21	TLLC: n/A	TEMPERATURA: 38,6	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

485

34

fiel amigo
Fundación

12.4 kg. 34 39

PREÑADA

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

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

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: Angel novoa CÉDULA: 8304787
FECHA: 22/09/23. CELULAR: 3273425487
DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Modelo dep17

34
397
486

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:	13-Sep-2023	**Hora:**	9:00am	**Lugar:**	Pto caicedo.			
Nombre del propietario: Angel novoa.				**Cédula:**	83043781			
				Celular:	3213425981			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X.		**Donde ?**						
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**
niña	N/A		X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? no tengo plata

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 angel novoa. autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Angel novoa Lozada.	**Nombre:**
	Firma: Victoria Bohorquez
Cédula: 83043781	**Cédula:**
Propietario de la mascota	**Encuestador**
	Fundación: ___ **Asociación:** ___ **Otro:** ___





A BENEFICIADA

398
487

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Angel Novoa.		
NOMBRE: niña	**ESPECIE:** Canino		
COLOR: negro	**RAZA:** Criolla **EDAD:** N/A.		
SEXO: H **PESO:** 12,9K	**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: 78	FR: 15	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	Gestación

LISTA DE PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

COMENTARIOS: Gestación

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23

488

35.

35

11 kg.

394

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Oneida Gomez.
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Lorro Raza: Criollo
Edad: 8meses.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Jherson Hernandez con tarjeta profesional 28.934. 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: 1086.133.148

FECHA: _____ CELULAR: 3127478158

DIRECCIÓN: Ul venado BARRIO: Ul venado

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:	13-Sep/2023	Hora:	10:40	Lugar:	Puerto caicedo			
Nombre del propietario: Oneida Gomez.				Cédula:	1.086133.148			
				Celular:	3127478158			
Cuenta con trabajo? SI X NO ____		Donde ?	Ama de casa					
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Oreo	8meses		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? no tengo plata.

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 oneida gomez autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma:	Nombre:
Cédula: 1086133148	Firma: Victoria Bohorquez
Propietario de la mascota	Cédula: 39841666
	Encuestador
	Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X.



MASCOTA BENEFICIADA

~~407~~
490

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE: Oneida gomez.			
NOMBRE: Oreo	ESPECIE: canino.		
COLOR: Bicolor	RAZA: Criollo EDAD: 8 meses		
SEXO: H.	PESO: 11kg 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: 15.	FR: 78	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 (__) 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

491

35

36

402

fiel amigo
Fundación

7.7 kg.
PREÑADA
TVT

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Nataly meneses.
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: 16 meses.

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: NathalyMeneses CÉDULA: 1123327383

FECHA: 22/09/23. CELULAR: 3227565053

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Miraflores

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-Sep-2023	Hora:	10:00	Lugar:	Puerto caicedo			
Nombre del propietario: Nataly Meneses				Cédula:	1123327383			
				Celular:	3227565053.			
Cuenta con trabajo? SI X NO ____		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad: 17 meses	Especie:	CANINA X	FELINA	Sexo:	HEMBRA X	MACHO	

Por qué desea recibir la ayuda? Por que no cuento con recurso

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 Nathaly meneses. autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Nathaly Meneses.	Nombre:
Cédula: 1123327383.	Firma: Victoria Bohorquez
Propietario de la mascota	Cédula: 39891666.
	Encuestador
	Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: ____





BENEFICIADA

~~404~~ 493

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Nataly meneses.		
NOMBRE: Princesa.	**ESPECIE:** Canino		
COLOR: Cafe.	**RAZA:** Criolla **EDAD:** 16 meses.		
SEXO: H. **PESO:** 7,7K. **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: 78	FR: 15	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	Tumor Venereo transmisible.
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 Tumor Venereo transmisible	

COMENTARIOS:

FECHA ENTREGA MASCOTA: 22/09/23

494

37

fiel amigo
Fundación

11.9 kg. ~~405~~

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Ledar Castillo
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino: X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Paty Raza: criollo
Edad: 2 años.

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 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: Ledar Alveiro Castillo CÉDULA: 15571935

FECHA: 22/09/23. CELULAR: 3118553964

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Modelodepaz

37
~~406~~
495

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: 16/09/23		Hora: 5pm		Lugar: Modelo de paz.				
Nombre del propietario: leider castillo				Cédula:				
				Celular:				
Cuenta con trabajo? SI X NO ____		Donde ? Trabajos varios						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Paty	1año		X			X		

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

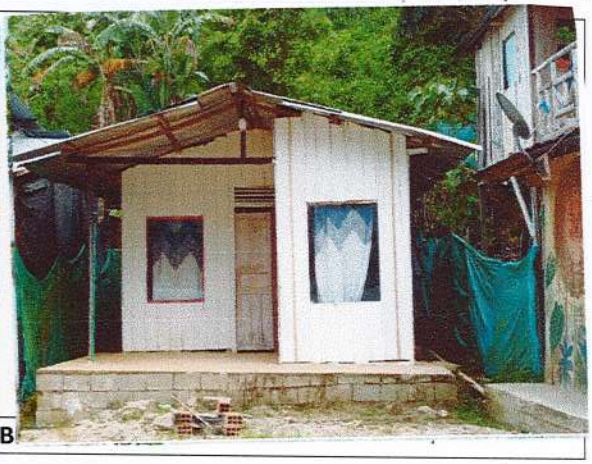
Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

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 Leider Alvenjo castillo autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Leider Alvenjo castillo	Nombre:
	Firma:
Cédula: 1557191 35.	Cédula:
Propietario de la mascota	Encuestador
	Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: ____





B

~~407~~ 496

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Leder castillo		
NOMBRE: Paty	ESPECIE: canino		
COLOR: Tricolor	RAZA: criolla EDAD: 2años		
SEXO: H PESO: 11,9k	PROCEDENCIA: Puerto carcedo		

HISTORIA DEL PACIENTE

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

EXAMEN CLINICO

FC: 78	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(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

497

38

38

6.4 kg - 408

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Maria. 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: Mariposa Raza: Criollo
Edad: 7 años

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: Maria Mora CÉDULA: 39847547

FECHA: 22/04/23. CELULAR: 3143736362

DIRECCIÓN: V/ pedregosa BARRIO: V/ Pedregosa.

38
469
498

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:	12/sep-2023	Hora:		Lugar:	V/ Pedregosa			
Nombre del propietario:				Cédula:	39841341			
María evangelina Mora				Celular:	3143136362.			
Cuenta con trabajo?		Donde ?						
SI ___	NO X							
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Mariposa	2 año		X			X.		

Por qué desea recibir la ayuda? No cuento con Recurso 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 María evangelina Mora autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: María Mora.	Nombre:
Cédula: 39841341.	Firma: Victoria Bohorquez
Propietario de la mascota	Cédula:
	Encuestador
	Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





MASCOTA BENEFICIADA

~~470~~ 499

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO:	**MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ**	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Maria Mora.		
NOMBRE: Mariposa	**ESPECIE:** Canino		
COLOR: Tricolor	**RAZA:** Criollo **EDAD:** 2 años.		
SEXO: H **PESO:** 6,4k	**PROCEDENCIA:** Puerto Lalcedo		

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: 78	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

500

40

9.5kg.

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Karolay Pantoja
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: 5 años.

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: _____ CÉDULA: 1006947713

FECHA: 22-09-23 CELULAR: 3212493023

DIRECCIÓN: Puerto Caicedo BARRIO: Vi Viabla

40
472
501

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: 11/Sept/2023		**Hora:** 11:40			**Lugar:** V/ villa flor.			
Nombre del propietario: Karolay					**Cédula:** 1006947713			
					Celular: 321 249 3023.			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X.		**Donde ?**						
Nombre de la mascota: Candy	**Edad:** 5 años	**Especie:**	**CANINA** X	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA** X.	**MACHO**	

Por qué desea recibir la ayuda? para que no tenga mas Perros

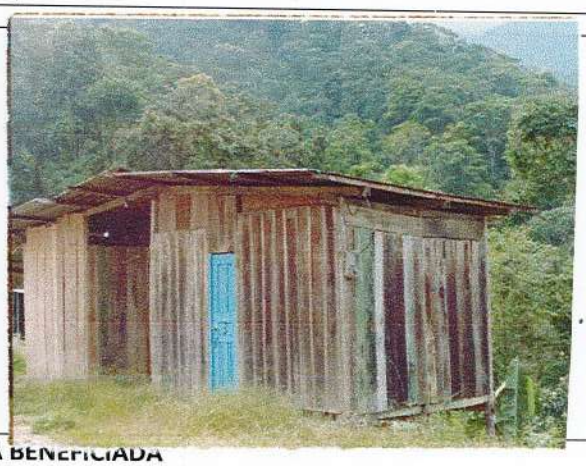
Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, **Por qué ?** _____

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 Karolay Dayana Pantoja **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma:	**Nombre:**
Cédula: 1006947713.	**Firma:** Victoria Bohorquez
Propietario de la mascota	**Cédula:** 39891666
	Encuestador
	Fundación: ___ **Asociación:** ___ **Otro:** X





MASCOTA BENEFICIADA

413
502

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Karolay Pantoja.		
NOMBRE: Candy	ESPECIE: Canino		
COLOR: negra	RAZA: Criolla EDAD: 5 años		
SEXO: H	PESO: 9,5K 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: 76	FR: 15	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 (__) 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

503

37 39

1.4 kg. 414

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Esperanza obando
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Michela Raza: criolla
Edad: 5 meses.

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: esperanza CÉDULA: 39842304

FECHA: 23/04/23 CELULAR: 3115016904

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: made paz

39
415
504

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: 10/09/23		Hora: 11:02.		Lugar: Modelo de paz				
Nombre del propietario: Esperanza obando				Cédula: 39842 304				
				Celular: 3115016204.				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO	
Michela			X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? _____

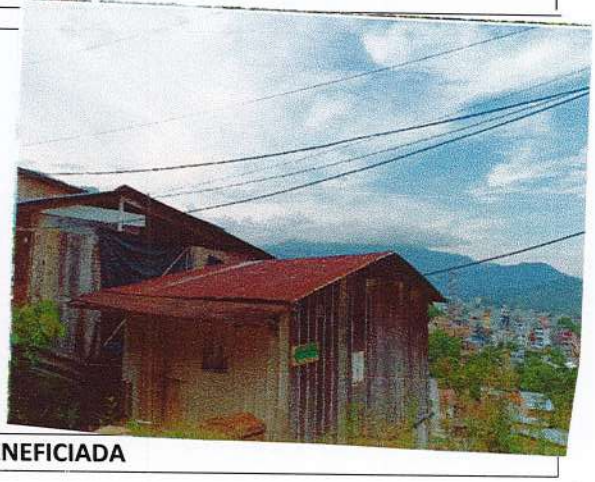
Se compromete llevar su mascota al lugar donde se le prestará el servicio veterinario de esterilización ? SI X NO _____, Por qué ? _____

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 Esperanza obando autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Esperanza Obando	Nombre:
Cédula: 39842 304	Firma: Victoria Bohorquez
Propietario de la mascota	Cédula: 39841666
	Encuestador
	Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X.





MASCOTA BENEFICIADA

416
505

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Esperanza obando		
NOMBRE: Michela.	ESPECIE: Felino		
COLOR: Tricolor	RAZA: Criolla EDAD: 5 meses		
SEXO: H. PESO: 1,4 kg	PROCEDENCIA:		

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 (X) NO ( )	
					FECHA: 13/01/23.	

EXAMEN CLINICO

FC: 111	FR: 27	TLLC: n/n	TEMPERATURA: 38,5.	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

506

41. 417

26 kg.

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo karolay Puntoja
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Samp Raza: Criollo
Edad: 4 años.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Sherson Hernandez con tarjeta profesional 283944 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: 1006947713

FECHA: 22-09-23 CELULAR: 321 2493023.

DIRECCIÓN: Puerto Carreño BARRIO: Villa Flor

41

Corporación Amazonica
NIT: 900.656.749 - 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:	11/sep/2023.	**Hora:**	11:40	**Lugar:**	V/ Villa Flor.			
Nombre del propietario:	Karday Pantoja			**Cédula:**	1006947713			
				Celular:				
Cuenta con trabajo?		**Donde ?**						
SI ___ **NO** X								
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Sami	4 años		X			X.		

Por qué desea recibir la ayuda? Para que no tenga mas perros

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 Karolay Dayan **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma:	**Nombre:**
Cédula: 1006947713	**Firma:**
Propietario de la mascota	**Cédula:**
	Encuestador
	Fundación: ____ **Asociación:** ____ **Otro:** ____





A BENEFICIADA

479
508

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23 | MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ | TARJETA PROFESIONAL N° | 28394

DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE: Koroday Pantoja.

NOMBRE: Jamp | ESPECIE: Canino

COLOR: negra | RAZA: Criolla | EDAD: 4 años.

SEXO: H | PESO: 26K | 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: 78 | 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(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

509

42 426

3.3kg.

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo karolay. puntoja
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: X Canino; _____
Hembra: _____ Macho: X
Nombre de la mascota: Romeo Raza: Criollo
Edad: 6meses.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Sherson 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: _____ CÉDULA: 1006947713

FECHA: 22-09-23 CELULAR: 321 249 3023

DIRECCIÓN: Puerto Caicedo BARRIO: Villa Flor

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:		**Hora:**		**Lugar:** V/ villa Flor				
Nombre del propietario: Karoloy Pantoja				**Cédula:** 1006947713				
				Celular:				
Cuenta con trabajo? SI ___ NO ___	**Donde ?**							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Romeo.	6 meses			X			X.	

Por qué desea recibir la ayuda? Por que no tengo recursos economicas

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:	**Nombre:**
	Firma: Victoria Bohorquez.
Cédula: 1006947713.	**Cédula:**
Propietario de la mascota	**Encuestador**
	Fundación: ___ **Asociación:**___ **Otro:**___





422
511

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Karolay Pantoja.		
NOMBRE: Romeo.	**ESPECIE:** Felino		
COLOR: Bicolor	**RAZA:** Criolla **EDAD:** 6 meses		
SEXO: Macho **PESO:** 3,3K	**PROCEDENCIA:** Puerto		

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:	

EXAMEN CLINICO

FC: 111	FR: 27	TLLC: n/a	TEMPERATURA: 38,5	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

512

43. ~~423~~

6.6kg.

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Marisol obando
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Pelusa Raza: criollo
Edad: 6 meses.

Yo solicito y autorizo al médico veterinario Sherson Hernandez con tarjeta profesional 68394 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: marisol obando CÉDULA: 1006516274

FECHA: _____ CELULAR: 3223776792

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: modulo de paz

43
429
573

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-2023	**Hora:**	12:00m	**Lugar:**	modelo de paz			
Nombre del propietario: Marisol obando				**Cédula:**	1006516271			
				Celular:	3223776192			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X	**Donde ?**							
Nombre de la mascota:	**Edad:**	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	
Pelusa	6 meses		X			X		

Por qué desea recibir la ayuda? no cuento con el recurso

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 marisol obando **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: marisol obando	**Nombre:**
	Firma: Victoria Bohórquez
Cédula: 1006516271	**Cédula:** 39841666
Propietario de la mascota	**Encuestador**
	Fundación: ___ **Asociación:** ___ **Otro:** X





MASCOTA BENEFICIADA

~~425~~ 514

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Maribol obando		
NOMBRE: Pelusa	**ESPECIE:** Canino		
COLOR: CAFE	**RAZA:** Criolla **EDAD:** 6meses		
SEXO: H	**PESO:** 6.6K **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: 76	FR: 15	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

515

44. 4 kg.

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Rebiela idia
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 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: RebielaIDIA CÉDULA: 1114873090
FECHA: 22/09/23 CELULAR: 3125686786
DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Bagdelo

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: 10/sept/2023		Hora: 1:30pm		Lugar: pto Caicedo			
Nombre del propietario: Rubiela IPIA				Cédula: 1114873090			
				Celular: 3125686787.			
Cuenta con trabajo? SI ___ NO X		Donde ?					
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
Princesa	3 años		X			X	

Por qué desea recibir la ayuda? no tengo plata.

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 Rubiela IPIA autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Rubiela IPIA	Nombre:
	Firma: Victoria Bohorquez
Cédula: 1114873090	Cédula: 39841660
Propietario de la mascota	Encuestador
	Fundación: ___ Asociación: ___ Otro: X





MASCOTA BENEFICIADA

923
517

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	**MEDICO VETERIARIO:** JHERSON HERNANDEZ	**TARJETA PROFESIONAL N°**	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Rubiela Ipia.		
NOMBRE: Princesa	**ESPECIE:** Canino		
COLOR: Bicolor	**RAZA:** H.	**EDAD:** 3 años	
SEXO: H	**PESO:** 4 k.	**PROCEDENCIA:** Puerto Carreño	

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: 78	FR: 15	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 (__) 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.

S18

45

16

929

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Victoria Bohorquez
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Callejera 1 Raza: Criollo
Edad: N/A

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.

Viendo 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: Victoria Bohorquez CÉDULA: 39847666

FECHA: 22/09/23 CELULAR: 3212293717

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Modelo de paz.

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:	6/09/23	Hora:	11:40	Lugar:	modelo de paz		
Nombre del propietario: Callejera 1 - VICTORIA BOHORQUEZ				Cédula:	39841660		
				Celular:	3142293717		
Cuenta con trabajo? SI X NO ____	Donde ? Proyecto						
Nombre de la mascota:	Edad:	Especie:	CANINA	FELINA	Sexo:	HEMBRA	MACHO
	N/A		X			X	

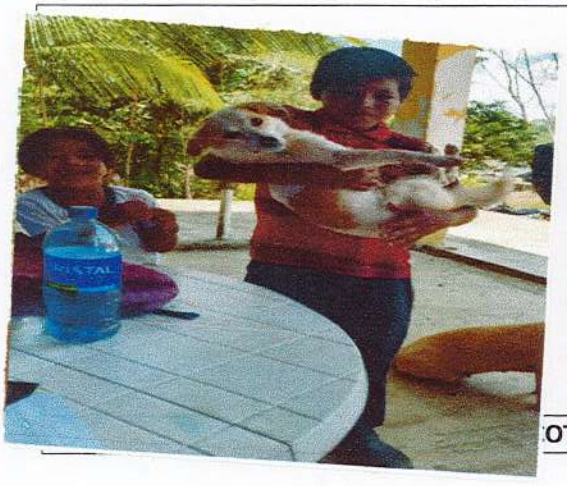
Por qué desea recibir la ayuda? Son de calle y no tienen dueño.

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

Yo Victoria Bohorquez, autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica

Firma: Victoria Bohorquez	Nombre:
Cédula: 39841666	Firma: Victoria Bohorquez
Propietario de la mascota	Cédula: 39841666
	Encuestador
	Fundación: ____ Asociación: ____ Otro: X





45

fiel amigo
Fundación

HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO: 22/09/23	MEDICO VETERIARIO: JHERSON HERNANDEZ	TARJETA PROFESIONAL N°	28394
DATOS PRINCIPALES DEL PACIENTE	Victoria Bohorquez.		
NOMBRE: Callejera 1	ESPECIE: Canino		
COLOR: Bicolor	RAZA: Criollo EDAD: N/A.		
SEXO: H PESO: 16 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 ( ) NO(X)	
					FECHA:	

EXAMEN CLINICO

FC: 78	FR: 15	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

521

46

432

fiel amigo
Fundación

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA

Al firmar yo Victoria Bohorquez
Certifico que soy el dueño o persona autorizada por el dueño del animal descrito:
Felino: _____ Canino; X
Hembra: X Macho: _____
Nombre de la mascota: Gatagera 2 Raza: Criolla.
Edad: N/A

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: Victoria Bohorquez CÉDULA: 38941660

FECHA: 22/09/23 CELULAR: 321 229 3717.

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: Modelo de paz

933
522

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:	10/09/23	**Hora:**	12:43	**Lugar:**	Modelo Paz.			
Nombre del propietario: Victoria Bohorquez.				**Cédula:**	39841660			
				Celular:	321 229 3715			
Cuenta con trabajo? SI X NO ____	**Donde ?** Proyecto							
Nombre de la mascota: Callejera 2	**Edad:** .	**Especie:**	**CANINA**	**FELINA**	**Sexo:**	**HEMBRA**	**MACHO**	

Por qué desea recibir la ayuda? porque son de calle.

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 Victoria Bohorquez. **autorizo para que tomen registro fotográfico de mi mascota y de mi vivienda como evidencia verídica**

Firma: Victoria Bohorquez	**Nombre:**
Cédula: 39841666	**Firma:** Victoria Bohorquez
Propietario de la mascota	**Cédula:** 39841666
	Encuestador
	Fundación: ____ **Asociación:** ____ **Otro:** X





MASCOTA BENEFICIADA