686

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA:

FECHA: DIA: 12 MES: 02 2024	HISTORIA CLÍNICA N° 07

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Natoly Bottestros.	IDENTIFICACIÓN: 1007409780
TELÉFONO: 3112495987	VEREDA/BARRIO: Cazuelas

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Chela	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	4 años
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO X NEGRO ☐ GRIS ☐ CAFÉ ☐ OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:_____ CON PROPIETARIO: X
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ✓ NO ___ ANTIRRÁBICA: SI ✓ NO ___
HABITAD	CASA: X FINCA: _____ CALLE: _____
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO: _____ OBESO: _____
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ? ATROPELLADO: SI ___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?

DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO	FECHA ÚLTIMO PARTO	# PARTOS:
	01/24	07/22	1

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: _____

OBSERVACIONES

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO MP 43982

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

687

87

688 C

689 S

690 E

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Shayla

ESPECIE: Canino: X Felino: __

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Nataly Ballesteros M identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1007409780 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: Nataly Ballesteros
C.C: 1007409780
TELÉFONO: 3112495987

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

Cal

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA:

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024	HISTORIA CLÍNICA N° 70

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Lucia Muñoz	IDENTIFICACIÓN: 1073233500
TELÉFONO: 3219279484	VEREDA/BARRIO: Juan Polo

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	PUMA	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	5 meses
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO X NEGRO ☐ GRIS ☐ CAFÉ X OTRO X		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:_____ CON PROPIETARIO: X
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI___ NO X ANTIRRÁBICA: SI___ NO X
HABITAD	CASA: X FINCA: _____ CALLE: _____
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO:_____ OBESO:_____
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ? ATROPELLADO: SI___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X FECHA ÚLTIMO PARTO: X # PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X	ORQUIECTOMÍA: _____
OBSERVACIONES	

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO MP 43902.

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

~~20~~ ~~71~~ 70

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

- Nombre del Paciente: _____

ESPECIE: Canino: __ Felino:__

SEXO: Macho:__ Hembra:__

Yo Lucia Marcia Peña identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1073235500 de Mosquera, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: Lucia Marcia Peña
C.C: 1073235500
TELÉFONO: 3219274484

Chiquinquirá | CHIQUINQUIRÁ ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

696

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 69

FECHA: DIA: 12 MES: 02 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Lucia Murcia | IDENTIFICACIÓN: 1073235500
TELÉFONO: 3219229484 | VEREDA/BARRIO: Juan Polo

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Pantera	SEXO	MACHO: ___ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ___	EDAD	5 meses
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO X NEGRO X GRIS ___ CAFÉ ___ OTRO ___		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ___ DÓCIL X NERVIOSO ___		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ___		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:___ CON PROPIETARIO: X
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI___ NO X ANTIRRÁBICA: SI___ NO X
HABITAD	CASA: ___ FINCA: ___ CALLE: ___
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO:___ OBESO:___
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ? ATROPELLADO: SI___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X FECHA ÚLTIMO PARTO: X # PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ___

OBSERVACIONES

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: ___
FIRMA O SELLO

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

69

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

Nombre del Paciente: Pantera

ESPECIE: Canino: X Felino: __

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Lucia Murcia Peño identificado(a) con cédula de ciudadanía N°1073235500 de Mosquera, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: Lucia Murcia Peño
C.C: 1073235500
TELÉFONO: 3219279484

Chiquinquirá
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 71

FECHA: DIA: 12 MES: 11 2024	HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Gina Rojas	IDENTIFICACIÓN: 1002521665
TELÉFONO: 3043905731	VEREDA/BARRIO: Sosa

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Nieve	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO ☐ FELINO X	EDAD	
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO X NEGRO ☐ GRIS ☐ CAFÉ ☐ OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:___ CON PROPIETARIO: X		
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI___ NO X	ANTIRRÁBICA:	SI___ NO X
HABITAD	CASA: X FINCA: ___ CALLE: ___		
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO: ___ OBESO: ___		
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO:	SI___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?		
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X	FECHA ÚLTIMO PARTO: X	# PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ___

OBSERVACIONES

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO MP 43462

Chiquinquirá
CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

71

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Nieve

ESPECIE: Canino: __ Felino: X

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Gina Magnolia Rojas B. identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1002521665 de Chiquinquirá expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: Gina Magnolia Rojas Bueno
C.C: 1002521665
TELÉFONO: 3043905731

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 72

FECHA: DIA: 12 MES: 02 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Gino Rojas | IDENTIFICACIÓN: 1002521665
TELÉFONO: 3043905731 | VEREDA/BARRIO: Sosa

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	LUNA	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO ☐ FELINO X	EDAD	Aprox 6 meses
RAZA	M	PESO	
COLOR	BLANCO X NEGRO X GRIS ☐ CAFÉ ☐ OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:___ CON PROPIETARIO: X
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI___ NO X ANTIRRÁBICA: SI___ NO X
HABITAD	CASA: X FINCA: ___ CALLE: ___
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO:___ OBESO:___
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ? ATROPELLADO: SI___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X — FECHA ÚLTIMO PARTO: 03/24 — # PARTOS: 2

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ___

OBSERVACIONES

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian F
FIRMA O SELLO MP 43902

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

72

708C
709J
710E

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Luna

ESPECIE: Canino: __ Felino:__

SEXO: Macho:__ Hembra:__

Yo Gina Magnolia Rojas Buga identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1002521665 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: Gina Magnolia Rojas B
C.C: 1002521665
TELÉFONO: 3043905731

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 73

FECHA: DIA: 12 MES: 11 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Elvia Barrera | IDENTIFICACIÓN: 23493624
TELÉFONO: 3142603016 | VEREDA/BARRIO: Cordoba

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Bambie	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	1 AÑO
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO X NEGRO ☐ GRIS ☐ CAFÉ X OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:_____ CON PROPIETARIO: X	
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ✓ NO ___	ANTIRRÁBICA: SI ✓ NO ___
HABITAD	CASA: X FINCA: ___ CALLE: ___	
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO: ___ OBESO: ___	
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO: SI ___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?	
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X	FECHA ÚLTIMO PARTO: X — # PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: _____ ORQUIECTOMÍA: _____

OBSERVACIONES

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO MP 43902.

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

73 712

713 C

714 S

715 E

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Bambie

ESPECIE: Canino: __ Felino:__

SEXO: Macho:__ Hembra:__

Yo Elvia Bayona identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 23493624 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 11 / 2024.

FIRMA: Elvia Bayona
C.C: 23493624
TELÉFONO: 3142603016

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ

ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 74

FECHA: DIA: 12 MES: 01 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Maria Rod Ramirez | IDENTIFICACIÓN: 1053347476
TELÉFONO: 322 8995518 | VEREDA/BARRIO: Reyes Lomeda

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Kitty	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO ☐ FELINO X	EDAD	11 meses
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO ☐ NEGRO ☐ GRIS ☐ CAFÉ X OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE: ____ CON PROPIETARIO: X		
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ___ NO X	ANTIRRÁBICA:	SI ___ NO X
HABITAD	CASA: X FINCA: ____ CALLE: ____		
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO: ____ OBESO: ____		
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO:	SI ___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?		
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X	FECHA ÚLTIMO PARTO: X	# PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ____

OBSERVACIONES

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO MVP 03402

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

74

717

718 C

719 S

720 E

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

Nombre del Paciente: Kiki

ESPECIE: Canino: __ Felino: X

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo María Ramirez identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1053347476 de Chiquinquirá expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy _____ de _____ / 2024.

FIRMA: _____

C.C: 1053347476

TELÉFONO: 322 8985518

Chiquinquirá

ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA:

FECHA: DIA: 12 MES: 02 2024	HISTORIA CLÍNICA N° 76

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Julia Aguire	IDENTIFICACIÓN: 23491414
TELÉFONO: 3017029719	VEREDA/BARRIO: Barro-Bajo

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Linda	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	3 meses
RAZA	M	PESO	
COLOR	BLANCO ☐ NEGRO X GRIS ☐ CAFÉ ☐ OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:_____ CON PROPIETARIO: X
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI___ NO X ANTIRRÁBICA: SI ✓ NO X
HABITAD	CASA: _____ FINCA: _____ CALLE: _____
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: _____ SOBREPESO:_____ OBESO:_____
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ? ATROPELLADO: SI__ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X FECHA ÚLTIMO PARTO: X # PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X	ORQUIECTOMÍA: _____
OBSERVACIONES	

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO MP 43962

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRA

76 723 C
724 S
725 C

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: LINDA

ESPECIE: Canino: X Felino: __

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Julia Aguirre identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 23491414 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

- NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: Julia Aguirre
C.C: 23491414
TELÉFONO: 3017029719

Chiquinquirá | ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 72

FECHA: DIA: 12 MES: 02 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Blanca Cuellar | IDENTIFICACIÓN: 46676066
TELÉFONO: 3225998757 | VEREDA/BARRIO: Bajo-Alto

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Kira	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	6 meses
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO ☐ NEGRO X GRIS ☐ CAFÉ X OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:___ CON PROPIETARIO: X
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI___ NO X ANTIRRÁBICA: SI ✓ NO___
HABITAD	CASA: X FINCA: ___ CALLE: ___
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO:___ OBESO:___
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ? ATROPELLADO: SI___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X FECHA ÚLTIMO PARTO: X # PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ___

OBSERVACIONES

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
MP 43901
FIRMA O SELLO

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

727

77

728 C
729 S
730 C

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Blanca Luz C.

ESPECIE: Canino: X Felino: __

SEXO: Macho: __ Hembra: X

- Yo Blanca Luz C. identificado(a) con cédula de ciudadanía N° cc 46676066 de chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

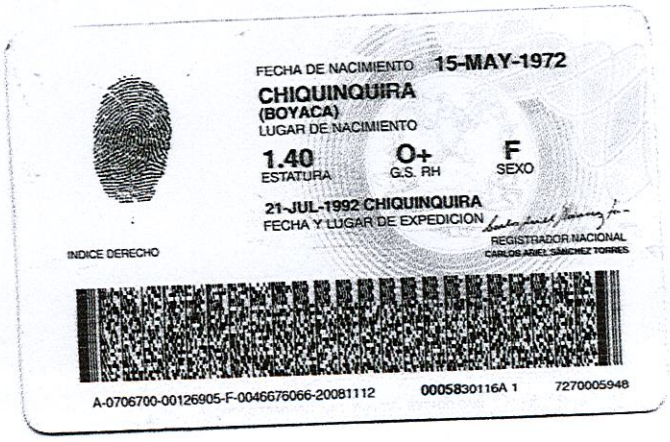
En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: Blanca Luz C.
C.C: 46676066
TELÉFONO: 3205948757

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ





3204130537
Boyaca Alto

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

83

Fecha de consulta: 10/07/2024

Ficha: 15176123519800012791

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: BLANCA LUCILA

Apellidos: CUELLAR LEON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 46676066

Municipio: Chiquinquirá

Departamento: Boyacá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/09/20

Última actualización ciudadano: 13/09/20

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: ZULAY NAYIV SANCHEZ CASTILLO

Dirección: Calle 17 No 7A - 48 CAM

Teléfono: 7262535 Extensión 122

Correo Electrónico: sisben@chiquinquira-boyaca.gov.co

10/7/24, 14:22

Stefany
Hoy a la(s) 2:12 p.m.



10/7/24, 14:22

Stefany
Hoy a la(s) 2:12 p.m.



DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA:

FECHA: DIA: 12 MES: 04 2024	HISTORIA CLÍNICA N° 79

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Julia Aguirre	IDENTIFICACIÓN: 23491414
TELÉFONO: 3017029719	VEREDA/BARRIO: Boras - B. O

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Kia	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	3 meses
RAZA	M	PESO	
COLOR	BLANCO ☐ NEGRO X GRIS ☐ CAFÉ ☐ OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE: ___ CON PROPIETARIO: X		
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ___ NO X	ANTIRRÁBICA:	SI V NO ___
HABITAD	CASA: X FINCA: ___ CALLE: ___		
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO: ___ OBESO: ___		
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO:	SI ___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?		
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X	FECHA ÚLTIMO PARTO: X	# PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ___

OBSERVACIONES:

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO MP 43901

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Kia

ESPECIE: Canino: X Felino: __

SEXO: Macho: __ Hembra: ✓

Yo Julia Aguirre identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 30170297 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 11 / 2024.

FIRMA: Julia Aguirre
C.C: 30170297
TELÉFONO: 3017029719

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ

ALCALDIA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 79

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Ana Cortez | IDENTIFICACIÓN: 46678442
TELÉFONO: 3168621255 | VEREDA/BARRIO: Molinos B.

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Muñeca	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	2 meses
RAZA	M	PESO	
COLOR	BLANCO X NEGRO ☐ GRIS ☐ CAFÉ X OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:____ CON PROPIETARIO: X
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI___ NO X ANTIRRÁBICA: SI___ NO X
HABITAD	CASA: X FINCA: ____ CALLE: ____
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO:____ OBESO:____
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ? ATROPELLADO: SI__ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X / FECHA ÚLTIMO PARTO: X / # PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: _____

OBSERVACIONES:

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO MP 43902

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

737

79 938 C

239 S

740 €

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: MUMRA

ESPECIE: Canino: X Felino: __

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Ana Cortez identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 46678442 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: Ana Cortez
C.C: 46678442
TELÉFONO: 3168621255.

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ

ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA:

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024	HISTORIA CLÍNICA N°	80

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE:	Angie Pacheco	IDENTIFICACIÓN:	1056030621
TELÉFONO:	3212757418	VEREDA/BARRIO:	Villa Diana

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Milo	SEXO	MACHO: ___ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ___	EDAD	2 años
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO ___ NEGRO ___ GRIS X CAFÉ X OTRO ___		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ___ DÓCIL X NERVIOSO ___		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ___		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE: ___ CON PROPIETARIO: X		
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ___ NO X	ANTIRRÁBICA:	SI ✓ NO ___
HABITAD	CASA: X FINCA: ___ CALLE: ___		
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO: ___ OBESO: ___		
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO:	SI ___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?		
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: 06/24	FECHA ÚLTIMO PARTO: X	# PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ___

OBSERVACIONES	

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO
MP 4302.

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

743 C
744 S
745 E

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Milú

ESPECIE: Canino: X Felino: __

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Anngie Puentes identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1056038627 de Sáboya, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 02 / 2024.

FIRMA: Anngie Puentes
C.C: 1056030627
TELÉFONO: 3272757478

Chiquinquirá

ALCALDIA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRA

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 81

FECHA: DIA: 12 MES: 02 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Sara Rojas | IDENTIFICACIÓN: 1023302524
TELÉFONO: 3503728013 | VEREDA/BARRIO: Popora

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Lee	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO ☐ FELINO X	EDAD	2 años
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO X NEGRO X GRIS ☐ CAFÉ X OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:___ CON PROPIETARIO: X
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ✓ NO ___ ANTIRRÁBICA: SI ✓ NO ___
HABITAD	CASA: X FINCA: ___ CALLE: ___
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO: ___ OBESO: ___
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ? ATROPELLADO: SI ___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X FECHA ÚLTIMO PARTO: X # PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ___

OBSERVACIONES

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO MP 43907

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRA

747
6/748 CC
749 J
750 €

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Loe

ESPECIE: Canino: __ Felino: X

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Sarai Rojas identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1072330 2524 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: Sarai Rojas
C.C: 1072330524
TELÉFONO: 350 3726013

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 02

FECHA: DIA: 12 MES: 02 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Patricia Bonilla D | IDENTIFICACIÓN: 46677416
TELÉFONO: 3229492623 | VEREDA/BARRIO: Molinos (Chiquinquirá)

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Bony	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	3 años
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO X NEGRO X GRIS ☐ CAFÉ ☐ OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:_____ CON PROPIETARIO: X		
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ✓ NO ___	ANTIRRÁBICA:	SI ✓ NO ___
HABITAD	CASA: ___ FINCA: ___ CALLE: ___		
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO:___ OBESO:___		
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO:	SI ___ NO ___
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ✓ NO ___ CUÁL ? 01/24		
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: 01/24	FECHA ÚLTIMO PARTO: 07/22 - 08/23	# PARTOS: 1

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: _____

OBSERVACIONES

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO MP 43902

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

02 753 C.
754 S
755 E

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Bony

ESPECIE: Canino: X Felino: __

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Patricia Bustamante identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1667476 de Sabana, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 02 / 2024.

FIRMA: _____
C.C: 1667476
TELÉFONO: 3229492623.

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDIA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRA

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 03

FECHA: DIA: 12 MES: 11 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Carolina Cortez | IDENTIFICACIÓN: 33704393
TELÉFONO: 3214708499 | VEREDA/BARRIO: Suite

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Zoe	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	4-5 años
RAZA	Frenchie	PESO	
COLOR	BLANCO X NEGRO ☐ GRIS ☐ CAFÉ ☐ OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:___ CON PROPIETARIO: X	
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ✓ NO ___	ANTIRRÁBICA: SI ✓ NO___
HABITAD	CASA: X FINCA: ___ CALLE: ___	
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO:___ OBESO:___	
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO: SI___ NO___
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ✓ NO___ CUÁL ? 12/23	
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: 06/24	FECHA ÚLTIMO PARTO: X — # PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ___

OBSERVACIONES:

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabio R
FIRMA O SELLO MP 43902

Chiquinquirá
CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

83 758 c
759
760 c

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Zoe.

ESPECIE: Canino: X Felino: __

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Carolina Cortes, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 33'704.393 de Chiquinquira expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: Carolina Cortes
C.C: 33'704.393.
TELÉFONO: 3214708499.

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDIA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRA

761

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA:

FECHA: DIA: 12 MES: 02 2024	HISTORIA CLÍNICA N°	84

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE:	Sara Rojas	IDENTIFICACIÓN:	1023302534
TELÉFONO:	3503726013	VEREDA/BARRIO:	Pedro

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Orejas	SEXO	MACHO: ✓ HEMBRA:
ESPECIE:	CANINO X FELINO	EDAD	Aprox 3 años
RAZA	M.	PESO	
COLOR	BLANCO X NEGRO X GRIS		CAFÉ X OTRO
TEMPERAMENTO	AGRESIVO	DÓCIL X	NERVIOSO
ACTITUD	ALERTA X	DEPRIMIDO	

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:_____	CON PROPIETARIO: X
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ✓ NO ___	ANTIRRÁBICA: SI ✓ NO ___
HABITAD	CASA: X FINCA: _____ CALLE: _____	
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO: _____ OBESO: _____	
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO: SI ___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?	
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X	FECHA ÚLTIMO PARTO: X — # PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

ORQUIECTOMÍA: X

OVH: _____

OBSERVACIONES	

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: _____
FIRMA O SELLO

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

84

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

Nombre del Paciente: Ojeda

ESPECIE: Canino: X Felino:__

SEXO: Macho: X Hembra:__

Yo Sara Rojas identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1023302524 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: Sara Rojas

C.C: 1023302524

TELÉFONO: 3503726013

Chiquinquirá

ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

83

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA:

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024	HISTORIA CLÍNICA N°	85

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE:	Lucero Camacho	IDENTIFICACIÓN:	1053341753
TELÉFONO:	3046514698	VEREDA/BARRIO:	San Fernando

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Mancha	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	Unos 6 meses
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO X NEGRO ☐ GRIS ☐ CAFÉ X OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE: ____ CON PROPIETARIO: X		
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ___ NO X	ANTIRRÁBICA:	SI X NO ___
HABITAD	CASA: X FINCA: ____ CALLE: ____		
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: ____ SOBREPESO: ____ OBESO: ____		
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO:	SI ___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?		
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X	FECHA ÚLTIMO PARTO: 05/24	# PARTOS: 2

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ____

OBSERVACIONES

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian F
FIRMA O SELLO MP 13602

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

85

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

Nombre del Paciente: Manchas

ESPECIE: Canino: X Felino: __

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Lucero Camacho T identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1053341757 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: Lucero Camacho T.
C.C: 1053341757
TELÉFONO: 3046514698

Chiquinquirá

ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.053.341.757**
CAMACHO LANCHEROS

APELLIDOS
LUCERO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **22-SEP-1993**
CHIQUINQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

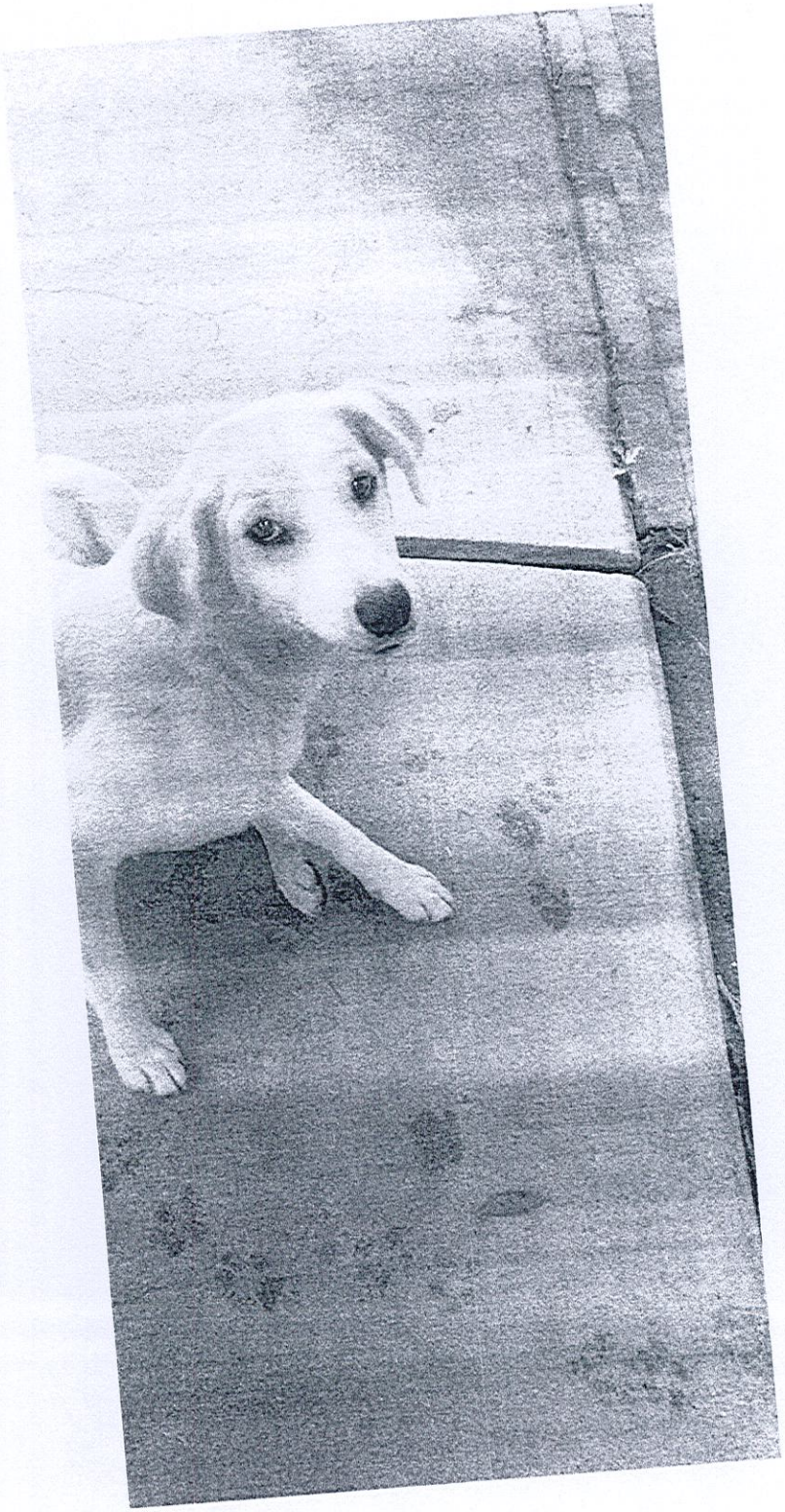
26-SEP-2011 CHIQUINQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0706700-00344797-F-1053341757-20111110 0028420353A 1 27758698

3046514698



DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: ✓

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024	HISTORIA CLÍNICA N° 86

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Yasmin Muñoz	IDENTIFICACIÓN: 52938020
TELÉFONO: 3209391311	VEREDA/BARRIO:

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Luna	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO ☐ FELINO X	EDAD	13 meses
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO ☐ NEGRO X GRIS ☐ CAFÉ ☐ OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:___ CON PROPIETARIO: X
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI___ NO X ANTIRRÁBICA: SI ✓ NO___
HABITAD	CASA: ___ FINCA: ___ CALLE: ___
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO:___ OBESO:___
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ? ATROPELLADO: SI___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ✓ NO___ CUÁL ? 01/24
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X FECHA ÚLTIMO PARTO: X # PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ___

OBSERVACIONES:

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO MP 43902

Chiquinquirá
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

Nombre del Paciente: Luna

ESPECIE: Canino: __ Felino: X

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Yasmin SOFia Morales identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 52'958.070 de Bogotá D.C. expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: Yasmin SOFia Morales
C.C: 52'958.070 de Bta'
TELÉFONO: 3209391311

Chiquinquirá

ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

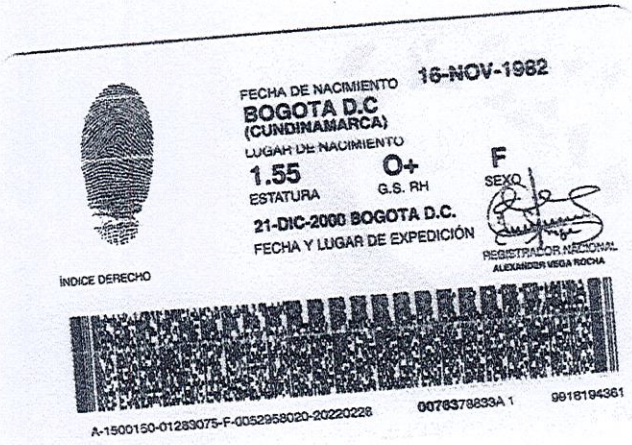
NÚMERO 52.958.020

APELLIDOS
MORALES

NOMBRES
YASMIN SOFIA

Yasmin Sofia Morales

FIRMA

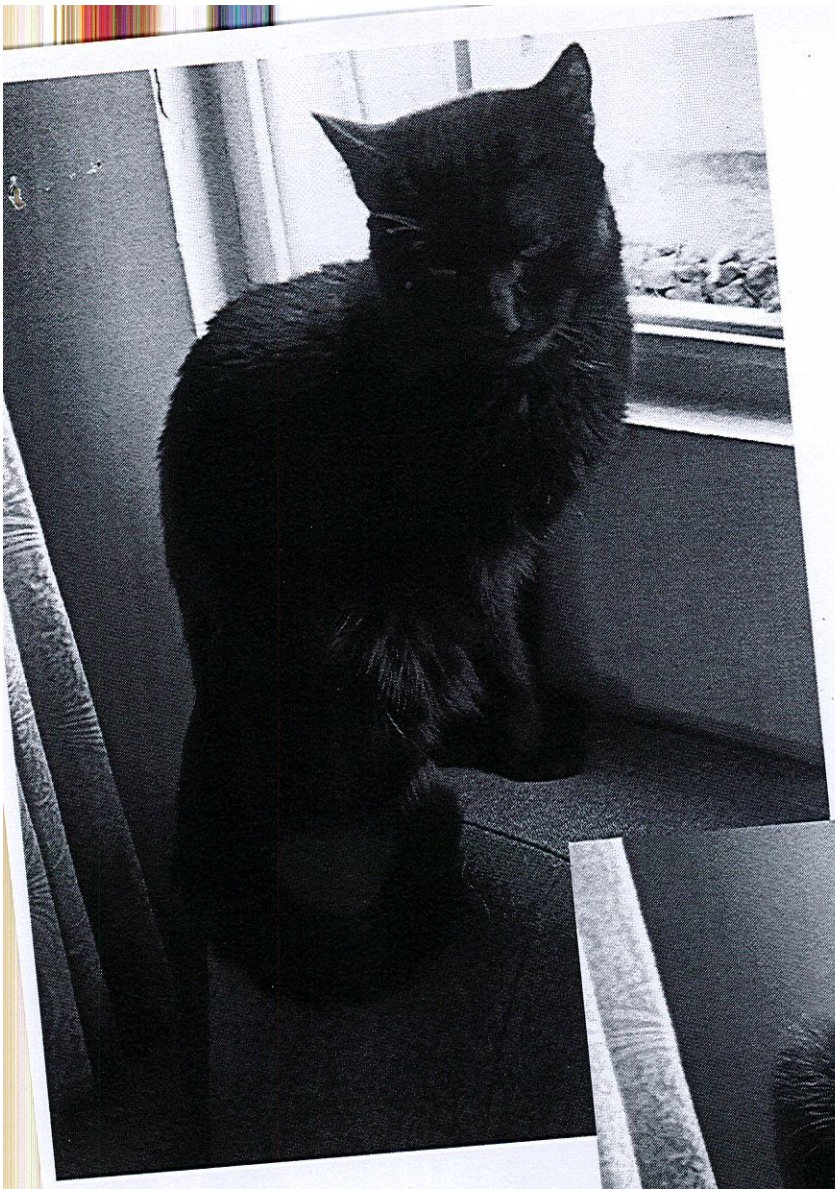


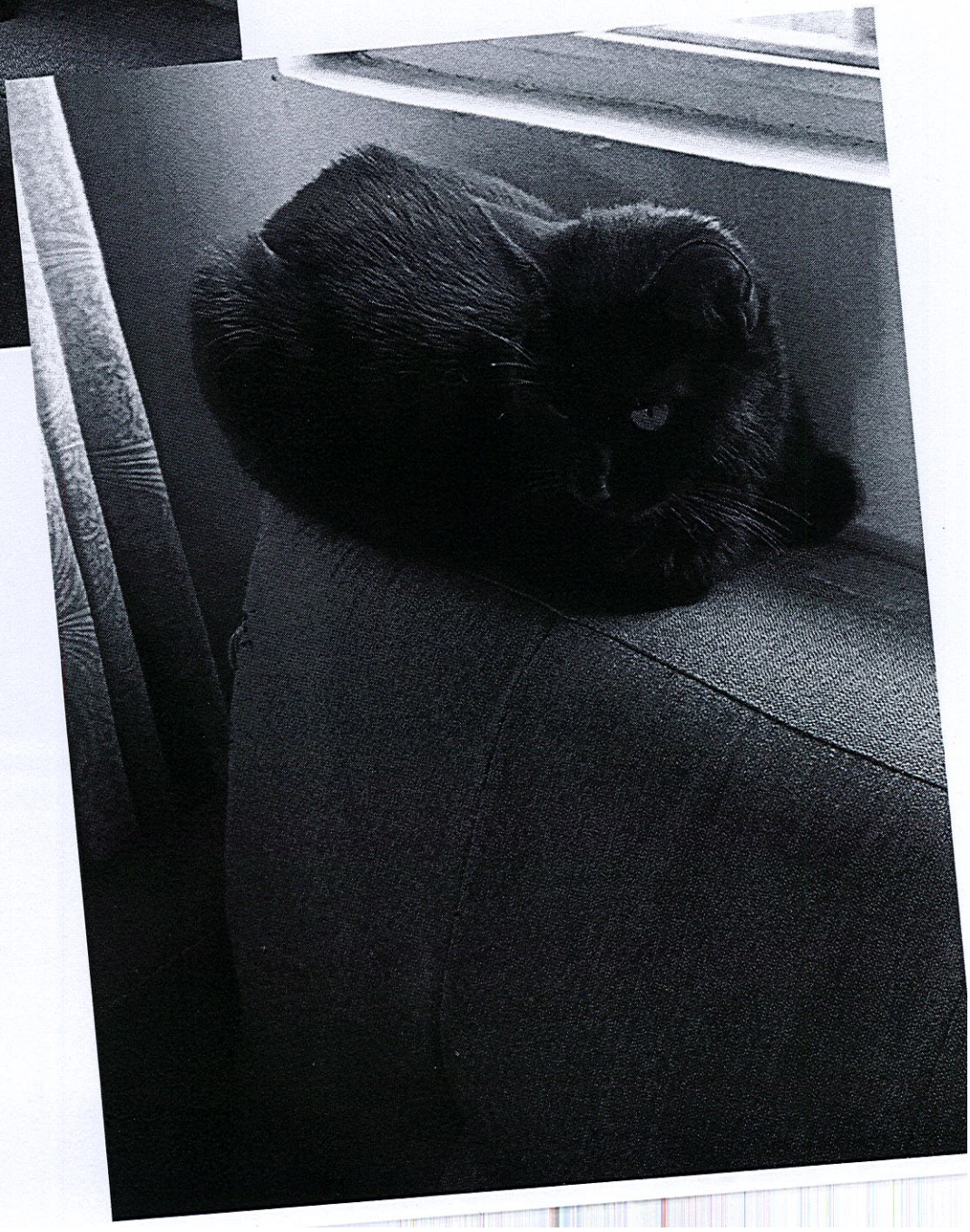
FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-1982
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
21-DIC-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01283075-F-0052958020-20220228 0076378833A 1 9918194361

cel. 3209391311
3144408458





Luna

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 06

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024	HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Milan Peña — IDENTIFICACIÓN: 1053328468
TELÉFONO: 3228650995 — VEREDA/BARRIO: Santo Domingo

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Lulu Peña	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO ☐ FELINO X	EDAD	11 m. 3 - 5
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO ☐ NEGRO X GRIS ☐ CAFÉ ☐ OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:___ CON PROPIETARIO: X		
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI___ NO X	ANTIRRÁBICA:	SI X NO___
HABITAD	CASA: X FINCA: ___ CALLE: ___		
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO:___ OBESO:___		
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO:	SI___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?		
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: X	FECHA ÚLTIMO PARTO: X	# PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X — ORQUIECTOMÍA: ___

OBSERVACIONES:

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabio P
FIRMA O SELLO — MP 4390

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

89778C
779J
780E

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Lulo

ESPECIE: Canino: __ Felino: X

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Miriam Yaneth peña peño identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1053328468 de Chiquinquira, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: Miriam peña
C.C: 1053328468
TELÉFONO: 3228650995

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 09

FECHA: DIA: 12 MES: 02 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Cindy Jimenez | IDENTIFICACIÓN: 1053332473
TELÉFONO: 3124130320 | VEREDA/BARRIO:

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	SOCHA	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	5 AÑOS
RAZA		PESO	
COLOR	BLANCO X NEGRO X GRIS ☐ CAFÉ ☐ OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:____ CON PROPIETARIO: X
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI___ NO X ANTIRRÁBICA: SI ✓ NO___
HABITAD	CASA: X FINCA: ____ CALLE: ____
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO:____ OBESO:____
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ? ATROPELLADO: SI___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: 01/24 — FECHA ÚLTIMO PARTO: X — # PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ____

OBSERVACIONES:

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian
FIRMA O SELLO MP 43902

Chiquinquirá
CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

89. 783 C
784 S
785 C

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Sasha

ESPECIE: Canino: X Felino: __

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Jander Jimenez identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1053332473 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: Jander Jimenez
C.C: 1053332473
TELÉFONO: 3124130320.

Chiquinquirá

ALCALDIA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRA

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA: 90

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024 | HISTORIA CLÍNICA N°

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: Yuli Rocha | IDENTIFICACIÓN: 1053348056
TELÉFONO: 3124914970 | VEREDA/BARRIO: Bolívar

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	MINI	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO X FELINO ☐	EDAD	4 AÑOS
RAZA	Dinamarca	PESO	
COLOR	BLANCO ☐ NEGRO X GRIS ☐		CAFÉ X OTRO ☐
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐	DÓCIL X	NERVIOSO ☐
ACTITUD	ALERTA X	DEPRIMIDO ☐	

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE:___ CON PROPIETARIO: X	
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ✓ NO ___	ANTIRRÁBICA: SI ✓ NO ___
HABITAD	CASA: X FINCA: ___ CALLE: ___	
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO: ___ OBESO: ___	
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO: SI ___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?	
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: 12/23	FECHA ÚLTIMO PARTO: 26/05/24 # PARTOS: 5

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ___

OBSERVACIONES:

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO
MP 43902.

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

90

788 cc

789 S

789 E

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: Minie Rocha.

ESPECIE: Canino: __ Felino:__

SEXO: Macho:__ Hembra:__

Yo Yuri Paola Rocha Cortés identificado(a) con cédula de ciudadania N° 1.053.348.050 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 07 / 2024.

FIRMA: _____

C.C: 1.053.348.050

TELÉFONO: 312 491 4970

Chiquinquirá

ALCALDIA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRA

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
HISTORIA CLÍNICA

FICHA:

FECHA: DIA: 12 MES: 07 2024	HISTORIA CLÍNICA N°	92

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE:	Andrea Gonzalez	IDENTIFICACIÓN:	1002524136
TELÉFONO:	3112426324	VEREDA/BARRIO:	Sure

HISTORIA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Pandora	SEXO	MACHO: ☐ HEMBRA: X
ESPECIE:	CANINO ☐ FELINO X	EDAD	1 año. 6m. 15
RAZA	M	PESO	
COLOR	BLANCO ☐ NEGRO X GRIS ☐ CAFÉ ☐ OTRO ☐		
TEMPERAMENTO	AGRESIVO ☐ DÓCIL X NERVIOSO ☐		
ACTITUD	ALERTA X DEPRIMIDO ☐		

RESEÑA

CONDICIÓN	CALLE: ____ CON PROPIETARIO: X		
VACUNACIÓN	ESQUEMA COMPLETO SI ___ NO ?	ANTIRRÁBICA:	SI ___ NO ?
HABITAD	CASA: X FINCA: ____ CALLE: ____		
CONDICIÓN CORPORAL:	CAQUÉCTICO: ___ DELGADO: ___ IDEAL: X SOBREPESO: ____ OBESO: ____		
ENFERMEDAD RECIENTE	SI ___ NO X CUÁL ?	ATROPELLADO:	SI ___ NO X
PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA	SI ___ NO X CUÁL ?		
DATOS REPRODUCTIVOS	FECHA ÚLTIMO CELO: 06/24	FECHA ÚLTIMO PARTO: X	# PARTOS: X

PROCEDIMIENTO A REALIZAR

OVH: X ORQUIECTOMÍA: ____

OBSERVACIONES	

MEDICO VETERINARIO Y T.P.: Fabian P
FIRMA O SELLO
MP 4340

Chiquinquirá

CHIQUINQUIRÁ
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRÁ

792

92 793 CC

794 S

795 C

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA Y CIRUGÍA

DEJANDO HUELLA
REFUGIO ANIMAL

Nombre del Paciente: pandora

ESPECIE: Canino: __ Felino: X

SEXO: Macho: __ Hembra: X

Yo Andrea Gonzalez Combita identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1002524136 de Chiquinquirá, expreso mi consentimiento de que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas que estén al alcance la ciencia médico veterinaria y que asumo el riesgo de la presentación de eventualidades, complicaciones o accidentes dentro de los procesos pre quirúrgicos, quirúrgicos y pos operatorios.

Dejo constancia de que eximo de toda responsabilidad a la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), a la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal" y al personal que en ella labora, por las eventualidades que sobre el estado de salud puedan sobre venir como consecuencia de las maniobras médicas o clínico quirúrgicas que sean aplicadas de manera correcta.

El personal médico no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños a terceros.

Declaro que se me fue informado sobre los riesgos, ventajas y/o desventajas de los procedimientos quirúrgicos Ovario histerectomía (OVH) u Orquiectomía (Castración) al que será sometido el paciente de mi propiedad.

De manera expresa autorizo al personal de la Alcaldía Municipal de Chiquinquirá (Boyacá), y de la "Fundación Dejando Huella Refugio Animal", acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos, que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

NOTA: El propietario manifiesta haber realizado ayuno de 12 horas a su mascota.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 de 02 / 2024.

FIRMA: _____
C.C: 1002524136
TELÉFONO: 3112426324

Chiquinquirá | ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIQUINQUIRA