#	Ingreso	Hospital?	Alta	Dias Hospi	Paciente	Especie	Sexo	Raza	HC	MOTIVO DE INGRESO	Procedimientos Qx	TUTOR	FUNDACION	DESTINO FINAL	RX?	Observaciones/Diagnostico	Re-ingreso	Observaciones2	Dias Hospi2	DESTINO FINAL2
1	01/06/2024	Si	10/06/2024	11	TOBY	Canino	Macho	Mestizo	2496	Atropellamiento	Ablación cabeza femoral Orquiectomia	FUNDACION	SI	Hogar de paso	SI	Fractura de cadera	N/A	N/A	N/A	N/A
2	04/06/2024	Si	14/06/2024	10	LUCAS	Canino	Macho	Mestizo	2507	Atropellamiento	Orquiectomia	NO	NO	Adopcion	SI	Fractura de cadera	N/A	N/A	N/A	N/A
3	06/06/2024	No	06/06/2024	0	LUNA	Canino	Hembra	Mestizo	2514	Masa cutanea	N/A	SI	NO	Alta con acudiente	NO	Neoplasias	N/A	N/A	N/A	N/A
4	07/06/2024	No	07/06/2024	0	NEGRO	Canino	Macho	Mestizo	2517	Neoplasias	N/A	SI	NO	Alta con acudiente	SI	Neoplasias	N/A	N/A	N/A	N/A
5	07/06/2024	Si	18/06/2024	11	COCO	Canino	Macho	Mestizo	2519	Miasis	Orquiectomia	NO	NO	Adopcion	NO	Miasis	N/A	N/A	N/A	N/A
6	11/06/2024	Si	12/06/2024	1	VAINILLA	Canino	Hembra	Pitbull	2529	Tumor mamario	Mastectomía	CBA	CBA	CBA	NO	Neoplasias	05/07/2024	Ingresan muestras de sangre para procesar	0	N/A
7	11/06/2024	Si	11/06/2024	1	LLAMITA	Lagomorfo	Hembra	Nuevazelanda	2530	Quemadura	N/A	SI	NO	Alta con acudiente	NO	Lesion ocular y cutanea	N/A	N/A	N/A	N/A
8	11/06/2024	No	11/06/2024	0	ELVIS	Canino	Macho	Mestizo	2531	Tumor en fosa ocular	N/A	CBA	CBA	Eutanasia	NO	Neoplasia periorbital	N/A	N/A	N/A	N/A
9	11/06/2024	Si	12/06/2024	1	MONO	Canino	Macho	Mestizo	2532	Postraccion y sangrado	N/A	SI	NO	Eutanasia	SI	Enf renal luxacion sacroiliaca	N/A	N/A	N/A	N/A
10	13/06/2024	Si	18/06/2024	5	NIÑA	Felino	Hembra	Mestizo	2537	Politraumatizada	N/A	SI	NO	Eutanasia	SI	Fractura columna	N/A	N/A	N/A	N/A
11	14/06/2024	Si	15/06/2024	1	Niña Estrada	Felino	Hembra	Mestizo	2539	Dificultad orinaria	N/A	SI	NO	Alta con acudiente	No	Cistitis	N/A	N/A	N/A	N/A
12	16/06/2024	No	19/06/2024	0	NIÑO	Canino	Macho	Mestizo	2551	LESIONES EN PIEL Y DECAIMIENTO	N/A	HOGAR DE PASO	NO	Eutanasia	NO	Dermatitis erlichia-neoplasia	N/A	N/A	N/A	N/A
13	15/06/2024	No	15/06/2024	0	NEGRO	Canino	Macho	Mestizo	2552	LESIONES EN PIEL	N/A	HOGAR DE PASO	NO	Hogar de paso	NO	Dermatitis	N/A	N/A	N/A	N/A
14	16/06/2024	Si	04/07/2024	18	CERRITOS	Canino	Macho	Mestizo	2553	POLITRAUMA	Cerclaje+tubo Orquiectomia	NO	NO	CBA	SI	Fractura mandibular	17/07/2024	Test distemper LCR positivo	0	Eutanasia
15	17/06/2024	No	17/06/2024	0	ANA	Canino	Hembra	Mestizo	2546	CONVULSIONES	N/A	NO	Policia	Eutanasia	NO	Distemper positivo	N/A	N/A	N/A	N/A
16	18/06/2024	No	18/06/2024	0	SIMON	Canino	Macho	Mestizo	2558	Vomito severo	Contraste baritado	Si	NO	Alta con acudiente	Si	Megaesofago	N/A	N/A	N/A	N/A
17	19/06/2024	No	19/06/2024	0	LUNA	Canino	Hembra	Mestizo	2561	Politraumatizada	N/A	NO	NO	Eutanasia	SI	Fractura pelvis Fractura MP	N/A	N/A	N/A	N/A
18	20/06/2024	SI	24/06/2024	4	BOSTON	Felino	Hembra	Mestizo	2562	Politraumatizada	Sutura paladar duro Sonda de alimentacion esofagica	NO	Policia	Alta con acudiente	NO	Trauma craneo Aparecio el tutor y lo retiro				
19	20/06/2024	No	21/06/2024	0	MATEO	Canino	MACHO	Mestizo	2563	Masa cutanea	Extraccion de masa cutanea	SI	NO	Alta con acudiente	NO	Neoplasia periorbital				
20	21/06/2024	SI	24/06/2024	3	MAYLO	Canino	Macho	Pitbull	2566	Dolor agudo abdominal	Cistotomia	SI	NO	Alta con acudiente	NO	Cistolitiasis				
21	21/06/2024	SI	07/07/2024	6	PERLA	Canino	Hembra	Pincher	2569	Politraumatizada	Osteositesis	SI	NO	Alta con acudiente	SI	fractura Pelvis				
22	22/06/2024	SI	25/06/2024	3	ESQUIVA	Canino	Hembra	Mestizo	2570	Politraumatizada	Dren quirugico	HOGAR DE PASO	SI	Hogar de paso	SI	Hematoma lumbar				
23	24/06/2024	SI	27/06/2024	3	ODIN	Felino	Macho	Mestizo	2574	Paralisis de tren posterior	Desobstruccion uretral	SI	NO	Alta con acudiente	NO	Obstruccion uretral				
24	24/06/2024	SI	25/06/2024	1	LUNA VIOLETE	Canino	Hembra	Pincher	2575	Convulsiones	NO	SI	NO	Eutanasia	no	Encefalitis sin diagnostico definitivo				
25	25/06/2025	SI	27/06/2024	2	NEGRO	Canino	Macho	Pug	2577	Tumor en Piel	NO	HOGAR DE PASO	FUNDACION	Alta con acudiente	SI	Anemia severa + EDA + Neoplasia				
26	25/06/2024	SI	26/06/2024	1	MICHI	Felino	Macho	Mestizo	2578	Caquexia, Incordinacion	NO	NO	NO	Eutanasia	NO	Eutanasia sin diagnostido definitivo				
27	26/06/2024	NO	26/06/2024	0	BRUNO	Canino	Macho	Labrador	2581	Neoplasia cutanea	NO	HOGAR DE PASO	Concejal	Alta con acudiente	SI	Retiro voluntario sin competar Tto				
28	26/06/2024	SI	10/07/2024	14	BAVARIO	Canino	Macho	Pitbull	2582	Politraumatizado	Osteositesis	NO	NO	Adopcion	SI	Fractura M.A.I				
29	26/06/2024	NO	06/07/2024	0	MILU	Canino	Hembra	Pincher	2583	Neoplasia cutanea	Extraccion de masa cutanea	SI	NO	Alta con acudiente	NO	Extraccion masa cutanea				
30	28/06/2024	SI	05/07/2024	7	MANCHAS	Canino	Macho	Mestizo	2586	Prolapso rectal	Colopexia	SI	NO	Alta con acudiente	SI	Rectocolopexia				

JORNADA 13 DE JUNIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira Risaralda Fecha y hora: 13/06/24

Yo Julian Andres Delgado identificado con 9'872.774 P con domicilio en K: 17 # 27-22 ; propietario de Canela especie Perro raza Mestiza Sexo: ~~Femenino~~ Hembra edad 2 años y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento OVH, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Julian Andres Delgado
Tipo y documento de identidad: 9.872.774 P
Firma Julian Andres Delgado

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira Fecha y hora: Jueves 13 junio 1:34Pm.

Yo ~~Luz~~ Edilia Ramirez Bedoya identificado con CC: 24.472.758 con domicilio en _____, propietario de Zula especie perra raza Mestizo Sexo: Hembra edad 2 y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento OBH, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Edilia Ramirez Bedoya

Tipo y documento de identidad: CC = 24,472,758

Firma Edilia Ramirez

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 13-Junio-2024

Yo Jessica Tatiana agoure identificado con 1088 288 845 con domicilio en Pereira; propietario de Max especie Perro Criollo raza Criollo Sexo: masculino edad 7 Meses y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento orquiectomia, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para

_____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Jessica Tatiana Agoure Orozco
Tipo y documento de identidad: 1088 288 845
Firma Jessica Agoure Orozco

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 13 Junio -2024

Yo Jessica Tatiana aguirre. identificado con 1088288845. con domicilio en Pereira; propietario de perla especie gata raza _____ Sexo: Femenina edad 6 meses y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento OVH, en el cual

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Jessica Tatiana aguirre
Tipo y documento de identidad: 1088 288 845
Firma Jessica aguirre ovozco

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: _____ Fecha y hora: _____

Yo Gladis cortes identificado con 42059566. con domicilio en _____; propietario de Mia especie Gata raza mestiza sexo: F. edad 19. y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ObH, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Gladis cortes.
Tipo y documento de identidad: CC. 42059566
Firma Gladis Cort.

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 12:25 13 Junio

Yo Juan David Hernandez identificado con 1.089.380.839 con domicilio en 2500 Lotes M10 C3 ; propietario de BOKY especie ESNAUZER raza esNauzer Sexo: Macho edad 8 MeS y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Orquerato Mia , en el cual

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Juan David Hernandez Suarez
Tipo y documento de identidad: 1089380839
Firma Juan H.

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 13-06-24

Yo Jaime Medina Alfonso identificado con 18500191 con domicilio en #743-54 villa Kennedy; propietario de Jaime medina Alfonso especie Canina raza mestiza Sexo: Femenina edad 9meses y con Identificación e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento _____, en el cual

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para OVH

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Jaime Medina Alfonso
Tipo y documento de identidad: 18 500 191
Firma Jaime Medina Alfonso

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira. Fecha y hora: 13-06-24 12:14 pm

Yo Elkin lopez identificado con 4517149. con domicilio en Mz 43 ca. 9 bajos propietario de Cati especie felina. raza mestiza Sexo: Hembra. edad 9 meses con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento OVH., en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Elkin lopez Marin
Tipo y documento de identidad: 4517149
Firma Elkin lopez Marin

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Percira. Fecha y hora: 13-06-24 12:14 pm

Yo Elkin lopez Marin identificado con 4517149 con domicilio en Mz 43 csa 9 bajos propietario de Luna. especie felina raza mestiza. Sexo: Hembra edad 9 meses y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento OVH., en el cual

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Elkin lopez Marin
Tipo y documento de identidad: 4517149.
Firma Elkin lopez. Marin

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: pereira Fecha y hora: 13/junio/2024

Yo norbey mora rojeles identificado con 17287778 con domicilio en nueva esperanza; propietario de lupita especie perra raza mestiza Sexo: embra edad 10 meses y con Identificación collar e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ~~[illegible]~~ en el cual

OVH

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR norbey mora rojeles
Tipo y documento de identidad: 17287778
Firma norbey mora rojeles

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 13/Junio/2024

Yo norbey mora yujeles identificado con 18 28 7778 con domicilio en nueva esperanza; propietario de sasha especie perra raza mestiza Sexo: ~~embrabes~~ edad 12 meses y con Identificación orequeteria e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento OVH, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matricula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR norbey mora yujeles
Tipo y documento de identidad: 17287778
Firma norbey mora yujeles

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 13 - Jun - 2024

Yo Leidy Catherine Lopez identificado con 1083278873 con domicilio en M2 24 Casa 13 2500 Lotes propietario de NIÑO Lopez especie Canino raza mestizo Sexo: Macho edad 8 y con Identificación 1085278873 e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento orquiectomia, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para

_____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Leidy Catherine Lopez D.
Tipo y documento de identidad: 1083278873
Firma _____

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 13-06-2024

Yo Mary Reyes R. identificado con 1088285138 con domicilio en M29 08 27 Villa M ; propietario de Simon especie Perro raza _____ Sexo: Macho edad 7 y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Orquiectomia. , en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuela como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para

_____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en est documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechaza los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Mary Reyes

Tipo y documento de identidad: 1088285138

Firma _____

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira. Fecha y hora: Jueves - 13. - 06 - 2024

Yo Luis Elias Londoño identificado con CC 1078827648 con domicilio en _____; propietario de Efe 2. especie perro raza criollo Sexo: M edad 18 Meses y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento esterilizacion, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Luis Elias Londoño

Tipo y documento de identidad: CC 1078827648

Firma

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira. Fecha y hora: 13 Junio

Yo Marina Santamaria. identificado con 34059251 con domicilio en M 13 Casa 4 ; propietario de arrendo especie Perro Mestizo raza Mestizo Sexo: Macho edad 1 10 Mes y con identificación Toby e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento _____, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Marina Santamaria.
Tipo y documento de identidad: 34059251
Firma Marina Santamaria.

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: _____, Fecha y hora: _____

Yo Maria Susana Prada Romero identificado con 65701586 con domicilio en MZ 46 Casa 15 Piso 2 ; propietario de Luna Marcela especie Gata raza Mestisa Sexo: Hembra edad 7 y con identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento OBH, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Maria Susana Prada Romero

Tipo y documento de identidad: 65701586

Firma _____

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira Fecha y hora: _____

Yo Natalia Cano identificado con 1088270546 con domicilio en Mz 8A C 14 Bellohorizonte propietario de Kloe especie Canino raza Shitzu Sexo: Hembra edad 2 Años y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento OVH, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Natalia Cano
Tipo y documento de identidad: 1088270546
Firma 1088270546 Natalia Cano

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira. Fecha y hora: _____

Yo Diana Maria Zapata S. identificado con 42.104.791 Pereira con domicilio en Mz-43 cs 9 piso 2 propietario de Maxi especie Canino raza mestizo Sexo: masculino edad 1año y con Identificación _____ e historia clínica No 1

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento OVH, en el cual orquiectomia.

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Diana Maria Zapata S.
Tipo y documento de identidad: 42.104.791. pereira.
Firma _____

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira Fecha y hora: _____

Yo Wilmer Osorio Cardona identificado con cc. 1088280004 con domicilio en Pereira; propietario de Max especie perro raza cooker Sexo: M edad 32 meses y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento orquiectomia, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Wilmer Osorio Cardona

Tipo y documento de identidad: 1088280004

Firma _____

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira Fecha y hora: _____

Yo Ariadna Rueda Arredondo identificado con 1125274287 con domicilio en M7 10 CS 23 Heroes Al; propietario de Zahina especie _____ raza Yoker Sexo: Femenino edad 18 y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Esterilización, en el cual se corre el riesgo de la anestesia por la cirugía.

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Ariadna Rueda A.
Tipo y documento de identidad: CC. 1125274287
Firma

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 13 junio 2024

Yo yuliana A CASTAÑEDA identificado con 42019543 con domicilio en MZ 15 CS 20 HACIENDA LUISA propietario de NEGRO especie Gato raza _____ Sexo: macho edad 9 meses y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento _____, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR yuliana A CASTAÑEDA
Tipo y documento de identidad: 42019543
Firma yuliana A CASTAÑEDA

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 13-Junio-2024 -

Yo Natalia Garcia identificado con CC 1004699219 con domicilio en MZ 31 CS 45 Villa Maria, propietario de TOM especie Gato raza _____ Sexo: MaCho edad 9 meses y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento _____, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Natalia Garcia Castañeda
Tipo y documento de identidad: CC. 1004699219
Firma Natalia Garcia C.

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 13-Junio-2024

Yo BRYAN DAVID M. identificado con 1225090648 con domicilio en MZ 32 CS 10 CAB ; propietario de MANCHAS. especie Gato raza _____ Sexo: Macho edad 9 MESES y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento _____, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR BRYAN DAVID MENDOZA

Tipo y documento de identidad: 1225090648

Firma BRYAN DAVID MENDOZA.

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira Fecha y hora: _____

Yo Bedoya Tapias Juan Andres identificado con 1002591113 con domicilio en Cuba ; propietario de Asia especie _____ raza Criolla Sexo: hembra edad 12 meses y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento OVH, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Bedoya Tapias Juan Andres

Tipo y documento de identidad: 1002591113

Firma _____

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 9:00 -13/06/24

Yo Jhonatan Salazar Cardona identificado con 1225093248 con domicilio en MZ 2 CS 7 la Campiña propietario de Adez y Bruno especie Canino raza Cooker-Mix Sexo: Machos edad 2años 4 Meses y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento orquiectomia, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para

_____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Jhonatan Salazar

Tipo y documento de identidad: Cedula 1225093248

Firma Jhonatan S.

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Lerma Fecha y hora: 13/06/24

Yo Rosalba Ramirez Rivera identificado con cc 26 386 033 con domicilio en 2500 M.4.C.8; propietario de Frida especie _____ raza _____ Sexo: Hembra edad 8 y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento OVH, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Maria Rosalba Ramirez
Tipo y documento de identidad: 26.386.033
Firma Maria Rosalba Ramirez

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 13-06-2024

Yo Germán García identificado con 18616465 con domicilio en _____; propietario de Garfield especie Felino raza Mix Sexo: Macho edad 7 meses y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Orquiectomía, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para

_____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Germán García.
Tipo y documento de identidad: 18 616 468
Firma _____

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: MZ. 27 CS 75 Fecha y hora: _____

Yo Ligia Castaño identificado con 41207 3648 con domicilio en _____; propietario de Coco especie felino raza _____ Sexo: _____ edad 1 año y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Orquiectomia, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Ligia Castaño

Tipo y documento de identidad: 41207 3648

Firma Ligia Castaño

Powered by CamScanner


junio 13, 2024 10:02a. m.
Calle 75 39A-30
Pereira 660006
Risaralda
Colombia
Jornada de Esterilización en los 2.500 lotes
Ceda


junio 13, 2024 10:03a. m.
Avenida los 2500 39-100–39-2
Pereira
Risaralda
Colombia
Jornada de Esterilización en los 2.500 lotes
Ceda


junio 13, 2024 10:03a. m.
Avenida los 2500 39-100–39-2
Pereira
Risaralda
Colombia
Jornada de Esterilización en los 2.500 lotes
Ceda


junio 13, 2024 12:55p. m.
Calle 75 39-29
Pereira 660006
Risaralda
Colombia
Jornada de Esterilización en los 2.500 lotes
Ceda




IATROGASA

CONSENTIMIENTO Y REGISTRO FOTOGRAFICO 14 DE JUNIO

Yo Valentina betancur con cédula de ciudadanía 1193557720 de Pereira en calidad de propietario o responsable del animal nombrado atenea de la especie CANINA raza pitbull y número de registro del Bioparque _____, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los profesionales veterinarios del Bioparque Ukumarí, realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos necesarios. Asumiré todos los gastos y costos relacionados con los mismos.

Entiendo que el tratamiento o procedimiento quirúrgico que está por practicársele al animal, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médico-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho anterior pone de manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; la posibilidad que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del animal y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

El Bioparque Ukumarí, sus contratistas y funcionarios no se hacen responsables ante el usuario o propietario del animal, por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados correctamente.

Que en caso de cronicidad o incurabilidad autorizo a los profesionales del Bioparque Ukumarí para aplicarle la eutanasia.

En caso de no estar presente el propietario o responsable del animal, el Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas quedan exonerados por no informar los riesgos y posibilidades del tratamiento médico o quirúrgico.

El Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas no se hacen responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste, así como tampoco se hacen responsable de los daños a terceros.

Así mismo, autorizo al Bioparque Ukumarí de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en los registros e historia clínica del animal para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

El Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas no se hacen responsables de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de

Powered by CamScanner

notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente y no se efectúe la reclamación, evento en el cual se cobrará la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasados los cuales el Bioparque Ukumarí podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el Bioparque Ukumarí.

El Bioparque Ukumarí o su personal no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles en la Institución.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Bioparque Ukumarí. Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones (ver anexo 1) Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal.

Valentina Betancur M.
Firma propietario o responsable

Powered by CamScanner

Yo EDDIE QUIÑONES S. con cédula de ciudadanía 16259924 de Pal. Cal. en calidad de propietario o responsable del animal nombrado _____ de la especie CANINO raza CRIOLLO. y número de registro del Bioparque _____, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los profesionales veterinarios del Bioparque Ukumarí, realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos necesarios. Asumiré todos los gastos y costos relacionados con los mismos.

Entiendo que el tratamiento o procedimiento quirúrgico que está por practicársele al animal, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médico-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho anterior pone de manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; la posibilidad que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del animal y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

El Bioparque Ukumarí, sus contratistas y funcionarios no se hacen responsables ante el usuario o propietario del animal, por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados correctamente.

Que en caso de cronicidad o incurabilidad autorizo a los profesionales del Bioparque Ukumarí para aplicarle la eutanasia.

En caso de no estar presente el propietario o responsable del animal, el Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas quedan exonerados por no informar los riesgos y posibilidades del tratamiento médico o quirúrgico.

El Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas no se hacen responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste, así como tampoco se hacen responsable de los daños a terceros.

Así mismo, autorizo al Bioparque Ukumarí de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en los registros e historia clínica del animal para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

El Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas no se hacen responsables de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de

Powered by CamScanner

notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente y no se efectúe la reclamación, evento en el cual se cobrará la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasados los cuales el Bioparque Ukumarí podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el Bioparque Ukumarí.

El Bioparque Ukumarí o su personal no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles en la Institución.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Bioparque Ukumarí. Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones (ver anexo 1) Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal.

Firma propietario o responsable

Powered by CamScanner

Yo Rosario Lyon. con cédula de ciudadanía 18523773. de D/Ho en calidad de propietario o responsable del animal nombrado Jomar de la especie Canino. raza Criollo y número de registro del Bioparque _____, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los profesionales veterinarios del Bioparque Ukumarí, realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos necesarios. Asumiré todos los gastos y costos relacionados con los mismos.

Entiendo que el tratamiento o procedimiento quirúrgico que está por practicársele al animal, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médico-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho anterior pone de manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; la posibilidad que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del animal y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

El Bioparque Ukumarí, sus contratistas y funcionarios no se hacen responsables ante el usuario o propietario del animal, por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados correctamente.

Que en caso de cronicidad o incurabilidad autorizo a los profesionales del Bioparque Ukumarí para aplicarle la eutanasia.

En caso de no estar presente el propietario o responsable del animal, el Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas quedan exonerados por no informar los riesgos y posibilidades del tratamiento médico o quirúrgico.

El Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas no se hacen responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste, así como tampoco se hacen responsable de los daños a terceros.

Así mismo, autorizo al Bioparque Ukumarí de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en los registros e historia clínica del animal para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

El Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas no se hacen responsables de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de

Powered by CamScanner

notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente y no se efectúe la reclamación, evento en el cual se cobrará la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasados los cuales el Bioparque Ukumarí podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el Bioparque Ukumarí.

El Bioparque Ukumarí o su personal no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles en la Institución.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Bioparque Ukumarí. Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones (ver anexo 1) Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal.

Firma propietario o responsable

Powered by CamScanner

Yo andres fajardo con cédula de ciudadanía 18619079 de Santa rosa en calidad de propietario o responsable del animal nombrado Macarena de la especie CANINA raza doberman y número de registro del Bioparque _____, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los profesionales veterinarios del Bioparque Ukumarí, realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos necesarios. Asumiré todos los gastos y costos relacionados con los mismos.

Entiendo que el tratamiento o procedimiento quirúrgico que está por practicársele al animal, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médico-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho anterior pone de manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; la posibilidad que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del animal y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

El Bioparque Ukumarí, sus contratistas y funcionarios no se hacen responsables ante el usuario o propietario del animal, por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados correctamente.

Que en caso de cronicidad o incurabilidad autorizo a los profesionales del Bioparque Ukumarí para aplicarle la eutanasia.

En caso de no estar presente el propietario o responsable del animal, el Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas quedan exonerados por no informar los riesgos y posibilidades del tratamiento médico o quirúrgico.

El Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas no se hacen responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste, así como tampoco se hacen responsable de los daños a terceros.

Así mismo, autorizo al Bioparque Ukumarí de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en los registros e historia clínica del animal para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

El Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas no se hacen responsables de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de

Powered by CamScanner

notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente y no se efectúe la reclamación, evento en el cual se cobrará la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasados los cuales el Bioparque Ukumarí podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el Bioparque Ukumarí.

El Bioparque Ukumarí o su personal no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles en la Institución.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Bioparque Ukumarí. Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones (ver anexo 1) Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal.

Firma propietario o responsable

Powered by CamScanner

Yo Juliana Jimenez con cédula de ciudadanía 42155794 de Pereira en calidad de propietario o responsable del animal nombrado Max de la especie CANINO raza Pastor aleman y número de registro del Bioparque _____, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los profesionales veterinarios del Bioparque Ukumarí, realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos necesarios. Asumiré todos los gastos y costos relacionados con los mismos.

Entiendo que el tratamiento o procedimiento quirúrgico que está por practicársele al animal, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médico-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho anterior pone de manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; la posibilidad que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del animal y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

El Bioparque Ukumarí, sus contratistas y funcionarios no se hacen responsables ante el usuario o propietario del animal, por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados correctamente.

Que en caso de cronicidad o incurabilidad autorizo a los profesionales del Bioparque Ukumarí para aplicarle la eutanasia.

En caso de no estar presente el propietario o responsable del animal, el Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas quedan exonerados por no informar los riesgos y posibilidades del tratamiento médico o quirúrgico.

El Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas no se hacen responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste, así como tampoco se hacen responsable de los daños a terceros.

Así mismo, autorizo al Bioparque Ukumarí de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en los registros e historia clínica del animal para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

El Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas no se hacen responsables de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de

Powered by CamScanner

notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente y no se efectúe la reclamación, evento en el cual se cobrará la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasados los cuales el Bioparque Ukumarí podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el Bioparque Ukumarí.

El Bioparque Ukumarí o su personal no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles en la Institución.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Bioparque Ukumarí. Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones (ver anexo 1) Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal.

Firma propietario o responsable

Powered by CamScanner

Yo Natalia garcia con cédula de ciudadanía 1098252320 de Pereira en calidad de propietario o responsable del animal nombrado mono de la especie felino raza Criollo y número de registro del Bioparque _____, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los profesionales veterinarios del Bioparque Ukumarí, realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos necesarios. Asumiré todos los gastos y costos relacionados con los mismos.

Entiendo que el tratamiento o procedimiento quirúrgico que está por practicársele al animal, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médico-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho anterior pone de manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; la posibilidad que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del animal y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

El Bioparque Ukumarí, sus contratistas y funcionarios no se hacen responsables ante el usuario o propietario del animal, por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados correctamente.

Que en caso de cronicidad o incurabilidad autorizo a los profesionales del Bioparque Ukumarí para aplicarle la eutanasia.

En caso de no estar presente el propietario o responsable del animal, el Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas quedan exonerados por no informar los riesgos y posibilidades del tratamiento médico o quirúrgico.

El Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas no se hacen responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste, así como tampoco se hacen responsable de los daños a terceros.

Así mismo, autorizo al Bioparque Ukumarí de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en los registros e historia clínica del animal para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

El Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas no se hacen responsables de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de

Powered by CamScanner

notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente y no se efectúe la reclamación, evento en el cual se cobrará la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasados los cuales el Bioparque Ukumarí podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el Bioparque Ukumarí.

El Bioparque Ukumarí o su personal no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles en la Institución.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Bioparque Ukumarí. Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones (ver anexo 1) Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal.

Nathaly García Herrera
Firma propietario o responsable

Powered by CamScanner

Yo Anderson acosta con cédula de ciudadanía 27521925 de Venezuela en calidad de propietario o responsable del animal nombrado niño de la especie felino raza criollo y número de registro del Bioparque _____, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los profesionales veterinarios del Bioparque Ukumarí, realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos necesarios. Asumiré todos los gastos y costos relacionados con los mismos.

Entiendo que el tratamiento o procedimiento quirúrgico que está por practicársele al animal, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médico-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho anterior pone de manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; la posibilidad que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del animal y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

El Bioparque Ukumarí, sus contratistas y funcionarios no se hacen responsables ante el usuario o propietario del animal, por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados correctamente.

Que en caso de cronicidad o incurabilidad autorizo a los profesionales del Bioparque Ukumarí para aplicarle la eutanasia.

En caso de no estar presente el propietario o responsable del animal, el Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas quedan exonerados por no informar los riesgos y posibilidades del tratamiento médico o quirúrgico.

El Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas no se hacen responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste, así como tampoco se hacen responsable de los daños a terceros.

Así mismo, autorizo al Bioparque Ukumarí de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en los registros e historia clínica del animal para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

El Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas no se hacen responsables de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de

Powered by CamScanner

notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente y no se efectúe la reclamación, evento en el cual se cobrará la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasados los cuales el Bioparque Ukumarí podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el Bioparque Ukumarí.

El Bioparque Ukumarí o su personal no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles en la Institución.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Bioparque Ukumarí. Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones (ver anexo 1) Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal.

Firma propietario o responsable

Powered by CamScanner

Yo Liliana duque con cédula de ciudadanía 29624706 de Quindo en calidad de propietario o responsable del animal nombrado Señor bigoto de la especie felino raza criollo y número de registro del Bioparque _____, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los profesionales veterinarios del Bioparque Ukumarí, realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos necesarios. Asumiré todos los gastos y costos relacionados con los mismos.

Entiendo que el tratamiento o procedimiento quirúrgico que está por practicársele al animal, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médico-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho anterior pone de manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; la posibilidad que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del animal y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

El Bioparque Ukumarí, sus contratistas y funcionarios no se hacen responsables ante el usuario o propietario del animal, por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados correctamente.

Que en caso de cronicidad o incurabilidad autorizo a los profesionales del Bioparque Ukumarí para aplicarle la eutanasia.

En caso de no estar presente el propietario o responsable del animal, el Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas quedan exonerados por no informar los riesgos y posibilidades del tratamiento médico o quirúrgico.

El Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas no se hacen responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste, así como tampoco se hacen responsable de los daños a terceros.

Así mismo, autorizo al Bioparque Ukumarí de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en los registros e historia clínica del animal para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

El Bioparque Ukumarí, sus funcionarios y contratistas no se hacen responsables de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de

Powered by CamScanner

notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente y no se efectúe la reclamación, evento en el cual se cobrará la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasados los cuales el Bioparque Ukumarí podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el Bioparque Ukumarí.

El Bioparque Ukumarí o su personal no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles en la Institución.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Bioparque Ukumarí. Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones (ver anexo 1) Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal.

Liliana Buitrago

Firma propietario o responsable

29624706

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: Pereira, Fecha y hora: 14/06/2024

Yo Valentina cañaveral pineda identificado con CC 1010052515 Chile con domicilio en la bella; propietario de 7 Hembras, 6 Machos especie _____ raza Mixtos Sexo: _____ edad _____ y con Identificación 2 Felinos _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento _____, en el cual
Orquiectomia - OVH

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matricula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Asi mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Valentina cañaveral pineda
Tipo y documento de identidad: 1010052515
Firma Valentina cañaveral pineda

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: _____ Fecha y hora: 14-06-2024

Yo Esperanza Gutierrez García identificado con 42158735 con domicilio en _____; propietario de Alberto especie felino raza Mix Sexo: Macho edad 10 M y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento orquiectomía, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Esperanza Gutierrez García
Tipo y documento de identidad: 42158735
Firma _____

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: _____ Fecha y hora: 14-06-2024

Yo Jose de Jesus Cortes identificado con 10080063 con domicilio en _____; propietario de Roger especie Canino raza Mix Sexo: Macho edad 1 año y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento orquiectomia, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Jose de Jesus Cortes R.
Tipo y documento de identidad: 1100800063
Firma _____

Jose de Jesus Cortes R.

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: _____ Fecha y hora: 14-06-2024

Yo Leidy Johanna Pinzón B. identificado con 4216436o. con domicilio en _____; propietario de Hashi especie _____ raza Mix Sexo: Macho edad 4 años y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Orquiecto, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Leidy Johanna Pinzón B.
Tipo y documento de identidad: 4216436o.
Firma Leidy Pinzón.

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: _____ Fecha y hora: 14-06-2024

Yo Maida morales identificado con cc 1094 881 423 con domicilio en la florida; propietario de edith especie canino raza criollo Sexo: macho edad 2 años y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento _____, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Maida Yuri morales

Tipo y documento de identidad: 1094881423

Firma _____

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: _____ Fecha y hora: 14-06-2024

Yo maria consuelo _____ identificado con CC 29815756 _____ con domicilio en la florida _____; propietario de gautier -garras _____ especie felino _____ raza Mixto Sexo: Macho edad _____ y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento _____, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR consuelo Guevara

Tipo y documento de identidad: 29815756

Firma consuelo

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

Ciudad: _____ Fecha y hora: 14-06-2024

Yo Ana milena machete identificado con CC 1088282807 con domicilio en la florida; propietario de Moly especie felina raza Mixta Sexo: Hembra edad _____ y con Identificación _____ e historia clínica No _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento _____, en el cual

_____

_____

_____

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA y que podrían generarse secuelas como HIPERTENSION,

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para _____

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista David Gutierrez Calvo con matrícula profesional No 31607 , la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR Ana Hilena Machete
Tipo y documento de identidad: 1088282807
Firma Ana Hilena Machete

Powered by CamScanner

PURINA
PRO PLAN




GUANTES






Medispo
5ml


























REACTIVO

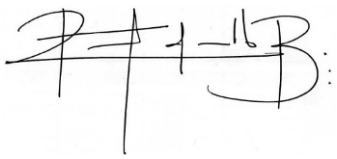
PUNTO 1.5 PONER A DISPOSICION UNIDAD MOVIL

CERTIFICACION UNIDAD MOVIL VETERINARIO

Para el convenio N° 2730 del 29 de abril del 2024, entre la Secretaría de Desarrollo Rural y Gestión Ambiental de Pereira y el Bioparque Ukumarí, se dispone de la Unidad Móvil Veterinaria (Vehículo) para la realización de actividades básicas veterinarias extramurales en las diferentes comunas y corregimientos del municipio, como uno de los aportes del Bioparque Ukumarí para dicho convenio.

La Unidad Móvil está a habilitada para el programa de Bienestar Animal denominado RED HOSPITALARIA VETERINARIA, desde el 29 de abril hasta el 28 de octubre del 2024, fecha donde termina el convenio.

Cordialmente,



RAUL HERNANDO MURILLO B.
GERENTE
BIOPARQUE UKUMARÍ