Alcaldía de PEREIRA

CONCEPTO TÉCNICO

Versión: 1

Fecha de vigencia: 12/02/2024

INFORMACION DEL PREDIO	
Corregimiento:	BOMBEROS
Vereda:	VILLA SANTANA
Nombre Finca:	
Ficha catastral:	
Coordenadas: N:	W:

INFORMACION DEL PROPIETARIO	
Nombres:	
Apellidos:	
Cédula N°	
Tel fijo:	Celular:

Fecha visita: DD/MM/AAAA

Diario de Labores N°:

COMPONENTE: BIENESTAR ANIMAL

ASUNTO: ATENCIÓN MÉDICA A CANINO (CONVULSIVO - SIN NOMBRE).

DESCRIPCION: ANTECEDENTES: CANINO MESTIZO COLOR CAFÉ, LLEGA A ESTACIÓN DE BOMBEROS DE VILLA SANTANA POR PRESENTAR EPISODIOS DE CONVULSIÓN TODA LA MAÑANA.

OBSERVACIONES: EN EL MOMENTO DE LA OBSERVACIÓN NO SE EVIDENCIARON EPISODIOS CONVULSIVOS, SIN EMBARGO, DURANTE EL DÍA, ESTOS EPISODIOS FUERON MUY REPETITIVOS. CC: 2/5. MUCOSAS: ROSADAS.

CONCLUSIONES:

- CANINO CONVULSIVO.

RECOMENDACIONES:

- DAR INFORMACIÓN ÚNICAMENTE AL PATRULLERO ANDRÉS VARGAS → 3226852518
  ÉL ES EL ENCARGADO DEL TRASLADO DEL CANINO Y TAMBIÉN SE ENCARGARÁ DE RECOGERLO CUANDO TENGA ALTA MÉDICA.

Nota. Este concepto se complementa con registro fotográfico

NOMBRE DEL TÉCNICO: FRANK ARBELÁEZ. **FIRMA** _____

FICHA CLÍNICA

Impresa el *25/06/2024*

CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

Dirección: CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA Tel. (606) 320 03 03 EXT 6010
INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3
e-mail: clinicaveterinariapereira@uam.edu.co

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 28- ANA
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 17/06/2024
Última Visita: 25/06/2024

Paciente: ANA
Especie: CANINO
Raza: MESTIZO
Sexo: HEMBRA ENTERA
Pelaje: CAFE
Microchip: N/A
Fecha de Nac.: 19/01/2024
Fecha de Alta: 17/06/2024
Última Visita: 25/06/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 17/06/2024 05:09:03 PM -- Atendido Por: JULIÁN DÍAZ NIETO - MP. 39207

Paciente ingresa a consulta traído por dos policías, dicen que el perro es de la calle y no tiene hogar, lo recogieron unos bomberos, lo vieron convulsionar en horas de la mañana.

Peso: 6kg

Paciente a revisión presenta ataxia, tremores generalizados, condición corporal 1/5, secreción nasal y ocular abundante, pliegue cutáneo 3seg, mucosas pálidas-secas, limonados submandibulares y poplíteos reactivos, a auscultación sonidos cardiacos y pulmonares en normalidad.

Se procede a realizar un test de Distemper con secreción ocular y nasal y da como resultado POSITIVO.
motivo por el cual se recomienda tratamiento ambulatorio conociendo los riesgos de la enfermedad o procedimiento de eutanasia, el paciente no tiene propietario por lo cual los policías y el Dr. Frank de la alcaldía dan el aval par realizar eutanasia compasiva, se canaliza en MTD con catéter 24 se aplica pental y luego euthanex, causando muerde inmediata e indolora.

Paciente queda en la clínica para disposición.

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 17/06/2024 TITULO: TEST DISTEMPER

CTA. CTE.

15/07/2024

CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 23-ZANA

Domiciliado en la calle: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA

Localidad: RISARALDA

Fecha	Descripción	Cantidad	Ventas	Pagos	Saldo
17/06/2024	CONSULTA UAM DIURNA - Unit. $0 - JULIÁN DÍAZ	1.00	0	0	0
17/06/2024	*TEST MOQUILLO Y ADENOVIRUS UND - Unit. $42000 - JULIÁN DÍAZ	1.00	42000	0	42000
17/06/2024	*CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3200 - JULIÁN DÍAZ	1.00	3200	0	45200
17/06/2024	*CATETER INTRAVENOSO 24 AMARILLO - Unit. $3200 - JULIÁN DÍAZ	1.00	3200	0	48400
17/06/2024	*EUTHANEX INY X ML - Unit. $9000 - JULIÁN DÍAZ	2.00	18000	0	66400
17/06/2024	*19 EUTANASIA PROCEDIMIENTO - Unit. $58900 - JULIÁN DÍAZ	1.00	58900	0	125300
17/06/2024	*TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $500 - JULIÁN DÍAZ	1.00	500	0	125800
17/06/2024	*19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $350 - JULIÁN DÍAZ	4.00	1400	0	127200
17/06/2024	*PENTHAL INY X ML - Unit. $8100 - JULIÁN DÍAZ	2.00	16200	0	143400
17/06/2024	*DISPOSICION X KG - Unit. $5600 - JULIÁN DÍAZ	6.00	33600	0	177000

Moneda: $

SALDO: 177000

Alcaldía de **PEREIRA**

CONCEPTO TÉCNICO

Versión: 1 Fecha de vigencia: 12/02/2024

INFORMACION DEL PREDIO	
Corregimiento:	BOMBEROS
Vereda:	VILLA SANTANA
Nombre Finca:	
Ficha catastral:	
Coordenadas: N:	W:

INFORMACION DEL PROPIETARIO	
Nombres:	
Apellidos:	
Cédula N°	
Tel fijo:	Celular:

Fecha visita: DD/MM/AAAA

Diario de Labores N°:

COMPONENTE: BIENESTAR ANIMAL

ASUNTO: ATENCIÓN MÉDICA A CANINO (CONVULSIVO - SIN NOMBRE).

DESCRIPCION: ANTECEDENTES: CANINO MESTIZO COLOR CAFÉ, LLEGA A ESTACIÓN DE BOMBEROS DE VILLA SANTANA POR PRESENTAR EPISODIOS DE CONVULSIÓN TODA LA MAÑANA.

OBSERVACIONES : EN EL MOMENTO DE LA OBSERVACIÓN NO SE EVIDENCIARON EPISODIOS CONVULSIVOS, SIN EMBARGO, DURANTE EL DÍA, ESTOS EPISODIOS FUERON MUY REPETITIVOS. CC: 2/5 MUCOSAS: ROSADAS

CONCLUSIONES:

- CANINO CONVULSIVO.

RECOMENDACIONES:

- DAR INFORMACIÓN ÚNICAMENTE AL PATRULLERO ANDRÉS VARGAS ⟶ 3226852518

ÉL ES EL ENCARGADO DEL TRASLADO DEL CANINO Y TAMBIÉN SE ENCARGARÁ DE RECOGERLO CUANDO TENGA ALTA MÉDICA.

Nota. Este concepto se complementa con registro fotográfico

NOMBRE DEL TÉCNICO: FRANK ARBELÁEZ. **FIRMA** _____

Institución Universitaria Visión de las Américas
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia
Clínica Veterinaria

REGISTRO DE ATENCION PARA PACIENTES DE LA RED PUBLICA VETERINARIA

Yo, Jaiur andri Varas, identificado con cedula de ciudadanía número 1093222473 de Santa Rosa cabal certifico que Ana identificado/a con historia clínica número 2556, he recibido atención médica por parte de la clínica veterinaria visión de la Américas, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa.

Certifico que el/la paciente recibió durante su atención los siguientes servicios y productos:
Consulta, Test Distemper, eutanasia

y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de estos servicios.

Comprendo que en caso de no seguir el plan de terapéutico instaurado y las recomendaciones dadas por los médicos puede haber complicaciones y soy consciente de esto.

He comprendido la información suministrada por ende me comprometo a seguir al pie de la letra las recomendaciones recibidas y la recuperación del/la paciente, esta ahora bajo mi propia responsabilidad. En constancia de ello firmo libre y voluntariamente.

Jaiur Andri Varas
Propietario/acudiente:
CC: 1093 222 473

Médico Veterinario:
M.P: 39207

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 17 de 06 de 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable del/la paciente.

Institución Universitaria Visión de las Américas
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia

Clínica Veterinaria

AUTORIZACION DE EUTANASIA Y DISPOSICION FINAL

Yo, Jaime andrés cortes identificado(a) con cédula de ciudadanía número. 1097226775 manifiesto que he recibido información clara sobre el procedimiento de **EUTANASIA,** y autorizo voluntariamente a la **Institución Universitaria visión de las Américas** y a su cuerpo médico veterinario para aplicar la eutanasia a Ana, paciente Canino, de raza mx, sexo Hembra de 3 meses años, con 6 kg de peso y número de historia clínica 7556, que fue diagnosticada con Distemper canino.

Entiendo que:

1. El Médico Veterinario está autorizado para utilizar los fármacos necesarios y a las dosis indicadas para causar el deceso del paciente.
2. Es importante haber evaluado con el Médico Veterinario los problemas de salud que mi mascota presenta, para tomar la decisión de acuerdo al deterioro del problema actual.
3. La eutanasia será realizada solo en casos de enfermedades terminales o problemas de salud que se puedan potencializar y que vayan en contra del bienestar del paciente.
4. La **Institución Universitaria visión de las Américas** pone a mi disposición todos sus servicios y recursos, pero no asume el costo de servicios adicionales a los requeridos, para el procedimiento a realizar. Como tutor debo asumir el costo de los servicios adicionales luego de que el paciente fallezca.

He sido informado de los costos y las opciones de destino final para el paciente y he decidido:

Cremación individual		Disposición en casa	
Incineración colectiva (Emdepsa)	X	Donación con fines académicos	

Declaro con la suscripción del presente documento que desde ahora acepto las condiciones de la **Institución universitaria visión de las Américas** y exonero de toda responsabilidad civil contractual o extracontractual en virtud del servicio que me han prestado; Declaro con fundamento en el artículo 33 de la constitución nacional que soy el tutor de la mascota aquí descrita y por tanto puedo disponer o que estoy autorizado para disponer en este contrato de los testimonios expresados. Además, certifico que Ana no ha mordido a ninguna persona o animal durante los últimos 15 días y no ha estado expuesto a brotes de rabia en este periodo de tiempo.

Yo [signature] N. con tarjeta profesional número 3920 en calidad de médico veterinario, hago constar que he suministrado toda la información requerida por el propietario y que se da de baja la historia clínica del paciente en el sistema de historias clínicas.

Para constancia se firma el 17 de 06 de 20 24
Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el paciente.

Jaime andrés cortes
Tutor/acudiente:
CC 1097226775

[signature] N.
Médico Veterinario:
MP: 3920


C T
CDV Ag
C 2 1


POLICIA
POLICIA
POLICIA
FERCIRA
CONCEPTO TÉCNICO


TRANE


CDV Ag
C T
S
C 2 1

Alcaldía de PEREIRA

CONCEPTO TÉCNICO

Versión: 1

Fecha de vigencia: 12/02/2024

INFORMACION DEL PREDIO	
Corregimiento:	Cra 10 Bis
Vereda:	N. 60-22
Nombre Finca:	
Ficha catastral:	
Coordenadas: N:	W:

INFORMACION DEL PROPIETARIO	
Nombres:	LUIS FERNANDO
Apellidos:	MÁRQUEZ
Cédula N°	10164828
Tel fijo:	Celular: 3044559518

Fecha visita: DD/MM/AAAA

Diario de Labores N°:

COMPONENTE: BIENESTAR ANIMAL

ASUNTO: ATENCIÓN MÉDICA A CANINO (LLAMADO SIMÓN ↳ PINSHER)

DESCRIPCION: ANTECEDENTES: CANINO CON TOS EXCESIVA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, REGURGITACIÓN Y VÓMITOS.

OBSERVACIONES : EL PACIENTE INGRESA CON REMISIÓN ENVIADA PREVIAMENTE DONDE ESTÁ TODA LA INFORMACIÓN DE LO QUE LE HAN REALIZADO AL PACIENTE.

CONCLUSIONES:

- HERNIA HIATAL.
- MEGAESÓFAGO.

RECOMENDACIONES:

- PASO A SEGUIR A CONSIDERACIÓN.
- BRINDAR INFORMACIÓN ÚNICAMENTE A SU PROPIETARIO LUIS FERNANDO MÁRQUEZ → 3044559518

Nota. Este concepto se complementa con registro fotográfico

NOMBRE DEL TÉCNICO: FRANK ARBELÁEZ **FIRMA** _____

FICHA CLÍNICA

Impresa el *25/06/2024*

CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

Dirección: CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA Tel. (606) 320 03 03 EXT 6010
INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3
e-mail: clinicaveterinariapereira@uam.edu.co

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 29-SIMON
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 18/06/2024
Última Visita: 24/06/2024

Paciente: SIMON
Especie: CANINO
Raza: MESTIZO
Sexo: MACHO ENTERO
Pelaje: NEGRO CAFE
Microchip:
Fecha de Nac.: 21/06/2013
Fecha de Alta: 18/06/2024
Última Visita: 24/06/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 18/06/2024 03:56:34 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
PROPIETARIO: LUIS FERNANDO MARQUEZ
C.C: 10164828 LA DORADA - CALDAS
CELULAR: 3044559518
DIRECCION: CARRERA 1 20-92 SALAZAR LONDOÑO - PEREIRA

Paciente ingresa por convenio debido a que presenta vomito crónico, cuando le dan comida vomita y de igual manera cuando bebe agua. Propietario informa que el paciente esta bien de animo pero es el vomito en la madrugada la mayoría de las veces que genera incomodidad en el paciente. En noviembre de 2023 el paciente le practicaron estudio radiográfico donde en su momento su diagnostico presuntivo era por mega esófago y/o hernia hiatal.

Al examen clínico paciente ansioso, agresivo.

****** Examen Físico Fecha: 18/06/2024 -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
Temperatura: 38.2 °C -- Peso: 7.8 Kg. -- F.C.: 128 /minuto -- Pulso: F/C /minuto -- F.R.: JAD /minuto General: ANSIOSO, ALERTA, ACTIVO
Ojos - Orejas - Nariz - Garganta: HIPEREMIA CONJUNTIVAL IZQUIERDA
Piel tegumento: SLA
Músculo esquelético: SLA
Cardiovascular: SLA
Respiratorio: SLA
Gastrointestinal: EN CASA PRESENTA VOMITO CRONICO
Genital - Reproductor: SLA
Neurológico: SLA
Linfático: SLA

*** Fecha: 19/06/2024 06:27:02 PM HEMOGRAMA
*** Fecha: 19/06/2024 06:27:09 PM BIOQUIMICA

****** Fecha: 24/06/2024 09:50:52 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente ingresa para radiografía contrastada de sistema digestivo. Reporte verbal indica mega esófago, se explica a propietario que este cuadro clínico es de manejo y es necesario dar el alimento con la cabeza alta y tratar de que permanezca en posición sentado entre 15 a 20 minutos para permitir el descenso completo del alimento

*** Fecha: 24/06/2024 11:31:26 PM REPORTE RADIOGRAFICO

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 24/06/2024 TITULO: REPORTE RADIOGRAFICO
VER ARCHIVO ADJUNTO

FECHA: 19/06/2024 TITULO: HEMOGRAMA
OTROS: ver adjuntos

FECHA: 19/06/2024 TITULO: BIOQUIMICA
OTROS: ver adjuntos

CTA. CTE.

15/07/2024

CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 24-SIMON

Domiciliado en la calle: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA

Localidad: RISARALDA

Fecha	Descripción	Cantidad	Ventas	Pagos	Saldo
20/06/2024	*ROTOR CUIDADO PRENTIVO ALB,ALP,ALT,AST,BUN,CA,CL-,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+, TBIL,TC - Unit. $95000 - LAURA RENDON	1.00	95000	0	95000
20/06/2024	UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - LAURA RENDON	1.00	24300	0	119300
20/06/2024	*19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - LAURA RENDON	1.00	350	0	119650
20/06/2024	CONSULTA UAM DIURNA - Unit. $0 - LAURA RENDON	1.00	0	0	119650
24/06/2024	ESTUDIO RADIOGRAFICO CONTRASTADO DIGESTIVO (3 PLACAS) - Unit. $137700 - DANIELA RESTREPO	1.00	137700	0	257350
24/06/2024	REPORTE RADIOGRAFICO - Unit. $32400 - DANIELA RESTREPO	1.00	32400	0	289750
24/06/2024	*19 CONTRASTE BARITADO X GR - Unit. $100 - DANIELA RESTREPO	50.00	5000	0	294750
24/06/2024	ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE VISTA ADICIONAL/CONTROL (1) - Unit. $22000 - DANIELA RESTREPO	1.00	22000	0	316750

Moneda: $

SALDO: 316750

Alcaldía de PEREIRA

CONCEPTO TÉCNICO

Versión: 1

Fecha de vigencia: 12/02/2024

INFORMACION DEL PREDIO	
Corregimiento:	Cra 10 BIS
Vereda:	N. 60-22
Nombre Finca:	
Ficha catastral:	
Coordenadas: N:	W:

INFORMACION DEL PROPIETARIO	
Nombres:	LUIS FERNANDO
Apellidos:	MÁRQUEZ
Cédula Nº	10164828
Tel fijo:	Celular: 3044559518

Fecha visita: DD/MM/AAAA

Diario de Labores Nº:

COMPONENTE: BIENESTAR ANIMAL

ASUNTO: ATENCIÓN MÉDICA A CANINO (LLAMADO SIMÓN → PINSCHER)

DESCRIPCION: ANTECEDENTES: CANINO CON TOS EXCESIVA, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, REGURGITACIÓN Y VÓMITOS.

OBSERVACIONES : EL PACIENTE INGRESA CON REMISIÓN ENVIADA PREVIAMENTE DONDE ESTÁ TODA LA INFORMACIÓN DE LO QUE LE HAN REALIZADO AL PACIENTE.

CONCLUSIONES:

- HERNIA HIATAL.
- MEGAESÓFAGO.

RECOMENDACIONES:

- PASO A SEGUIR A CONSIDERACIÓN.
- BRINDAR INFORMACIÓN ÚNICAMENTE A SU PROPIETARIO LUIS FERNANDO MÁRQUEZ → 3044559518

Nota. Este concepto se complementa con registro fotográfico

NOMBRE DEL TÉCNICO: FRANK ARBELÁEZ **FIRMA** _____

Institución Universitaria Visión de las Américas
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia
Clínica Veterinaria

REGISTRO DE ATENCION PARA PACIENTES DE LA RED PUBLICA VETERINARIA

Yo, LUIS FERNANDO MARQUEZ, identificado con cedula de ciudadanía número 1d64828 de _____ entiendo que SIMON identificada con historia clínica número 2558, ha recibido atención médica por parte de la clínica veterinaria visión de la Américas, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa.

Certifico que el/la paciente recibió durante su atención los siguientes servicios y productos:

EXAMENES SANGUINEOS ROTOR PREVENTIVO + HEMOGRAMA.
Radiografia contrastada

y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de estos servicios.

Comprendo que en caso de no seguir el plan de terapéutico instaurado y las recomendaciones dadas por los médicos puede haber complicaciones y soy consciente de esto.

He comprendido la información suministrada por ende me comprometo a seguir al pie de la letra las recomendaciones recibidas y la recuperación del/la paciente, esta ahora bajo mi propia responsabilidad. En constancia de ello firmo libre y voluntariamente.

Luis Fernando Marquez P.
Propietario/acudiente:
CC: 10164828

Médico Veterinario:
M.P: 3161 0

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 18 de 06 de 24

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable del/la paciente.

NTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZ[illegible]O

PACIENTE: JIMON	FECHA	FECHA	FECHA	# HC 2558.	FECHA	FECHA	FECHA	18/06/24	FECHA	FECHA	FECHA
ARTICULO				ARTICULO				ARTICULO			
ARENA PARA GATOS X LB				LATA CANINE I/D 13 OZ				TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI			
ACIFLUX TAB 500 MG				LATA E/N CANINO 377 G				TUBO ENDOTRAQUEAL #			
BATA BLANCA DESECHA.				LATA FELINO I/D 5.5 OZ				TUBO ENDOTRAQUEAL #			
BURETA 150 ML X UND				LATA HA CANINE X 377 GR				VENDA COBAN PET-FLEX			
CANULA NASAL DE OXIGENO				LLAVE DE TRES VIAS				VENDA TELA O GASA 4X5 UND			
CATETER IV 18				MILPRO ADULTO 16MG/40MG				VENOCLISIS MACROGOTEO			
CATETER IV 20 ROSADO				MILPRO CACHORRO TAB				VENOCLISIS MICROGOTEO			
CATETER IV 22 AZUL				OXIGENO MEDICINAL (PARED)				VLIWASORB APOSITO			
CATETER IV 24 AMARILLO				OXIGENOTERAPIA CONCENTRA.				VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA)			
COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND				SET DE TRANSFUSION SANGRE				**CITOLOGIA**			
CONSUMIBLES HOSPITAL				SOL. DEXTROSA 5% 500 ML				**ECOGRAFIA ABDOMINAL**			
COPITO MADERA ESTERIL				SOLUCION CLORURO X 100ML				**ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE**			
CUCHILLA BISTURI #				SOLUCION CLORURO X 500ML				**HEMOGRAMA UAM**	1		
CUCHILLA BISTURI #				SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML				**HIDRATACION**			
ENTEREX POLVO X 8 GR				SONDA FOLEY 2 VIAS #				**HISTOPATOLOGIA**			
EQUIPO PERICRANEAL 21G				SONDA LEVIN NASOGA. #				**HOSPITALIZACION**			
EXTENCION PARA ANESTAESIA				SONDA NELATHON #				**NEBULIZACION**			
FCO GOTERO X ____ ML				SONDA NELATHON #				**REPORTE RADIOGRAFICO**			
FCO RECOLECTOR COPRO.				SONDA URINARIA FELINO				**SERVICIOS Y OTROS**			
FCO RECOLECTOR ORINA				SUPRASOB A COMPRESA							
FORMULA DE CONTROL ESPE.				SUT. AC POLIGLICOLICO #				ROTOR PREVENTIVO	1		
GUANTES QX ESTERIL 7,5				SUT. POLIDIOXANONA #				CONSULTA O	1		
GUANTES QX ESTERIL 6,5				SUT. POLIGALACTINA #				24 Jun Rx Contraste		1	
JERINGA PUNTA CATE.				SUTURA N/A #							
JERINGA 1 ML				TAPON HEPARINIZADO							
JERINGA 10 ML				TEST DE FLUORESCEINA							
JERINGA 20 ML				TEST DE LEUCEMIA							
JERINGA 2-3 ML				TEST DE MOQUILLO							
JERINGA 5 ML	1			TEST DE PARVOVIRUS							
JERINGA 50 ML				TEST DE SCHIMER TIRILLA							
KIT MICRONEBULIZACION				TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt							
LATA C/N 156 G				TIRA PARA CETONA EN SANGRE							

Mega esofago

CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

FECHA	# HC	FECHA	FECHA	FECHA		FECHA	FECHA	FECHA
	ARTICULO				ARTICULO			
	LATA CANINE I/D 13 OZ				TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI			
	LATA E/N CANINO 377 G				TUBO ENDOTRAQUEAL #			
	LATA FELINO I/D 5.5 OZ				TUBO ENDOTRAQUEAL #			
	LATA HA CANINE X 377 GR				VENDA COBAN PET-FLEX			
	LLAVE DE TRES VIAS				VENDA TELA O GASA 4X5 UND			
	MILPRO ADULTO 16MG/40MG				VENOCLISIS MACROGOTEO			
	MILPRO CACHORRO TAB				VENOCLISIS MICROGOTEO			
	OXIGENO MEDICINAL (PARED)				VLIWASORB APOSITO			
	OXIGENOTERAPIA CONCENTRA.				VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA)			
	SET DE TRANSFUSION SANGRE				**CITOLOGIA**			
	SOL. DEXTROSA 5% 500 ML				**ECOGRAFIA ABDOMINAL**			
	SOLUCION CLORURO X 100ML				**ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE**			
	SOLUCION CLORURO X 500ML				**HEMOGRAMA UAM**			
	SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML				**HIDRATACION**			
	SONDA FOLEY 2 VIAS #				**HISTOPATOLOGIA**			
	SONDA LEVIN NASOGA. #				**HOSPITALIZACION**			
	SONDA NELATHON #				**NEBULIZACION**			
	SONDA NELATHON #				**REPORTE RADIOGRAFICO**			
	SONDA URINARIA FELINO				**SERVICIOS Y OTROS**			
	SUPRASOB A COMPRESA							
	SUT. AC POLIGLICOLICO #							
	SUT. POLIDIOXANONA #							
	SUT. POLIGALACTINA #							
	SUTURA N/A #							
	TAPON HEPARINIZADO							
	TEST DE FLUORESCEINA							
	TEST DE LEUCEMIA							
	TEST DE MOQUILLO							
	TEST DE PARVOVIRUS							
	TEST DE SCHIMER TIRILLA							
	TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt							
	TIRA PARA CETONA EN SANGRE							

Clinica Veterinaria UAM
Avenida Circunvalar #9-67.
Pereira, Risaralda - Colombia
320303-ext 6024

zoetis

SIMON

ID del paciente: 2558

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: Desconocido/a
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: PINSCHER
Doctor: Desconocido/a

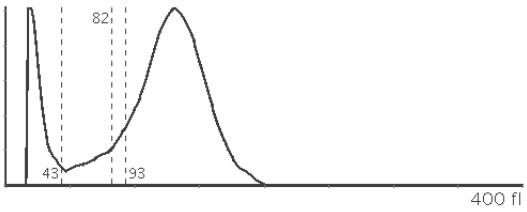
Hematología

Fecha: 18/06/2024 06:45 PM N° de serie del analizador: 360017749

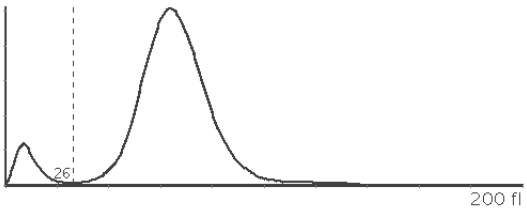
	RESULTADO	BAJO	NORMAL	ALTO
LEU Leucocitos/Glóbulos blancos	21.15 10^3/µl	ALTO	6.0	17.0
LIN Linfocito	1.74 10^3/µl		1.0	4.8
MON Monocito	1.01 10^3/µl		0.2	1.5
NEU Neutrófilo	18.33 10^3/µl	ALTO	3.0	12.0
EOS Eosinófilo	0.04 10^3/µl		0.0	0.8
BAS Basófilo	0.03 10^3/µl		0.0	0.4
LIN% Linfocito (%)	8.2 %			
MON% Monocito (%)	4.8 %			
NEU% Neutrófilo (%)	86.7 %			
EOS% Eosinófilo (%)	0.2 %			
BAS% Basófilo (%)	0.1 %			
ERI Eritrocitos/Glóbulos rojos	8.11 10^6/µl		5.5	8.5

	RESULTADO	BAJO	NORMAL	ALTO
Hb Hemoglobina	18.5 g/dl	ALTO	12.0	18.0
Hto Hematocrito	54.05 %		37.0	55.0
VCM Volumen corpuscular medio	67 fl		60.0	77.0
HCM Hemoglobina corpuscular media	22.8 pg		19.5	24.5
CHCM Concentración de HCM	34.2 g/dl		31.0	39.0
RDWc Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación	19.3 %		14.0	20.0
RDWs Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar	42.2 fl			
PLT Plaquetas	540 10^3/µl	ALTO	165.0	500.0
VPM Volumen plaquetario medio	8.7 fl		3.9	11.1
PCT Plaquetocrito	0.47 %			
PDWc Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación	35.0 %			
PDWs Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar	12.9 fl			

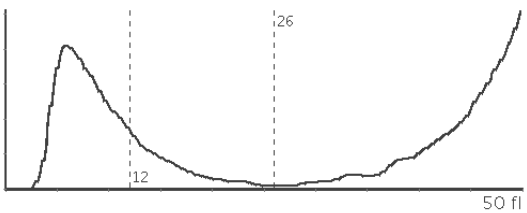
Histograma: LEU



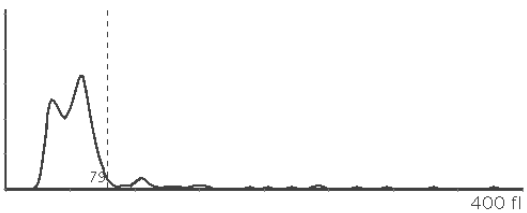
Histograma: ERI



Histograma: PLT



Histograma: EOS



Clinica Veterinaria UAM
Avenida Circunvalar #9-67.
Pereira, Risaralda - Colombia
320303-ext 6024

zoetis

SIMON

ID del paciente: 2558

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: Desconocido/a
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: PINSCHER
Doctor: Desconocido/a

Preventive Care Profile Plus

Fecha: 18/06/2024 06:45 PM N° de serie del analizador: 0000V20583 Lote: 3422BC2

	RESULTADO	BAJO	NORMAL	ALTO
BUN Nitrógeno ureico en sangre	61 * mg/dL	ALTO	7.0 – 25.0	
CRE Creatinina	1.1 mg/dL		0.3 – 1.4	
ALT Alanina aminotransferasa	100 U/L		10.0 – 118.0	
ALP Fosfatasa alcalina	47 U/L		20.0 – 150.0	
AST Aspartato aminotransferasa	34 U/L		14.0 – 45.0	
TBIL Bilirrubina total	0.4 mg/dL		0.1 – 0.6	
GLU Glucosa	90 mg/dL		60.0 – 110.0	
CA Calcio	10.4 mg/dL		8.6 – 11.8	
TP Proteinas totales	6.6 g/dL		5.4 – 8.2	
ALB Albúmina	2.8 g/dL		2.5 – 4.4	
GLOB Globulina	3.9 g/dL		2.3 – 5.2	
NA+ Sodio	144 mmol/L		138.0 – 160.0	
K+ Potasio	5.5 mmol/L		3.7 – 5.8	
CL- Cloruros	110 mmol/L		95.0 – 119.0	
tCO2 Dióxido de carbono total	28 * mmol/L	ALTO	12.0 – 27.0	

Hemólisis
0

Lipemia
1+

Ictericia
0

INFORME RADIOGRAFICO

Paciente:	Simón	Especie:	Canino	Raza:	Mix
Edad:	11 años	Sexo:	Macho	REF:	IMA19807
Propietario:	Ukumari	Entidad Remitente:		Visión de las Américas	
Antecedentes:	**Descartar mega esófago.**				

DESCRIPCION RADIOLOGICA:

En el estudio radiológico obtenido se observa, gran dilatación esofágica y se confirma con el acumulo del medio de contraste; la dilatación esofágica genera desplazamiento de la tráquea y de la silueta cardiaca hacia ventral. No se observa masas, nódulos, colapso pulmonar ni derrame pleural.

CONCLUSION:

- Los cambios descritos están asociados con megaesófago.

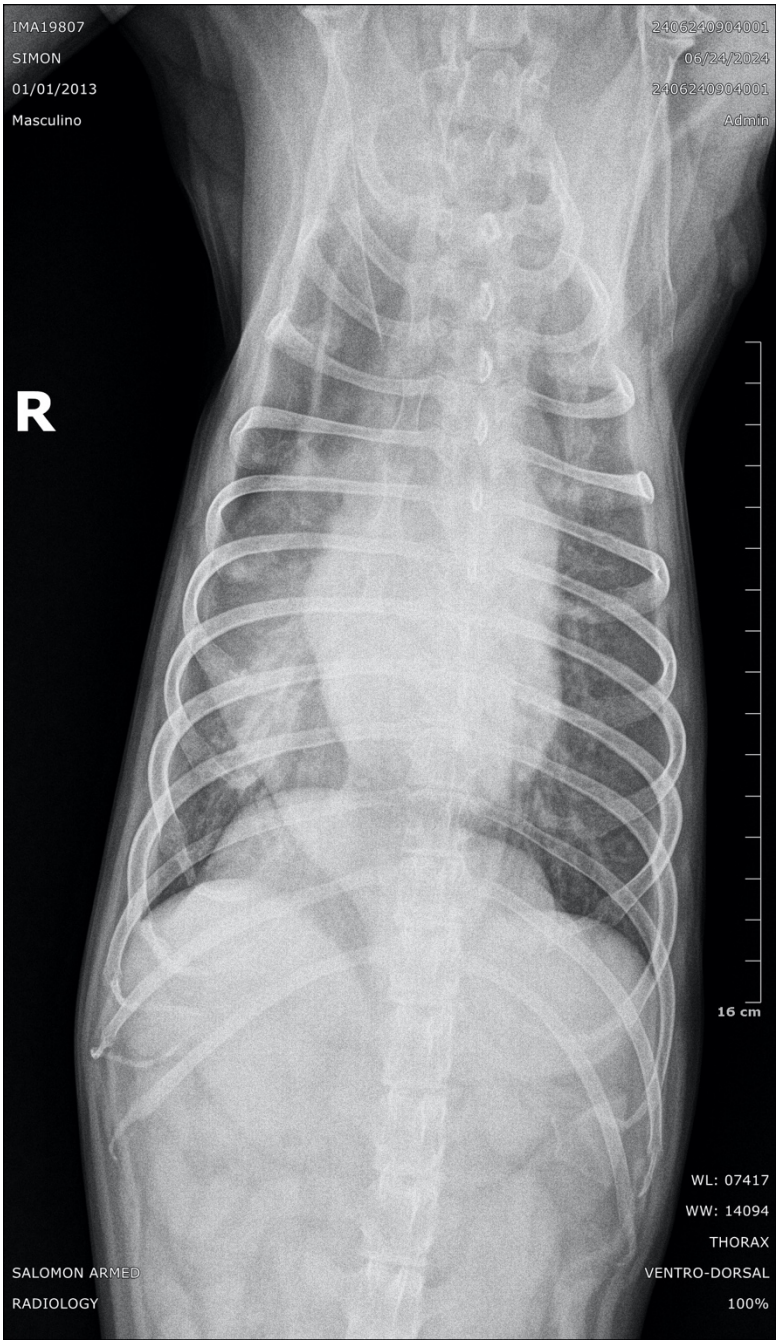
Recomendaciones:

- Correlacionar resultados con estado clínico del paciente.

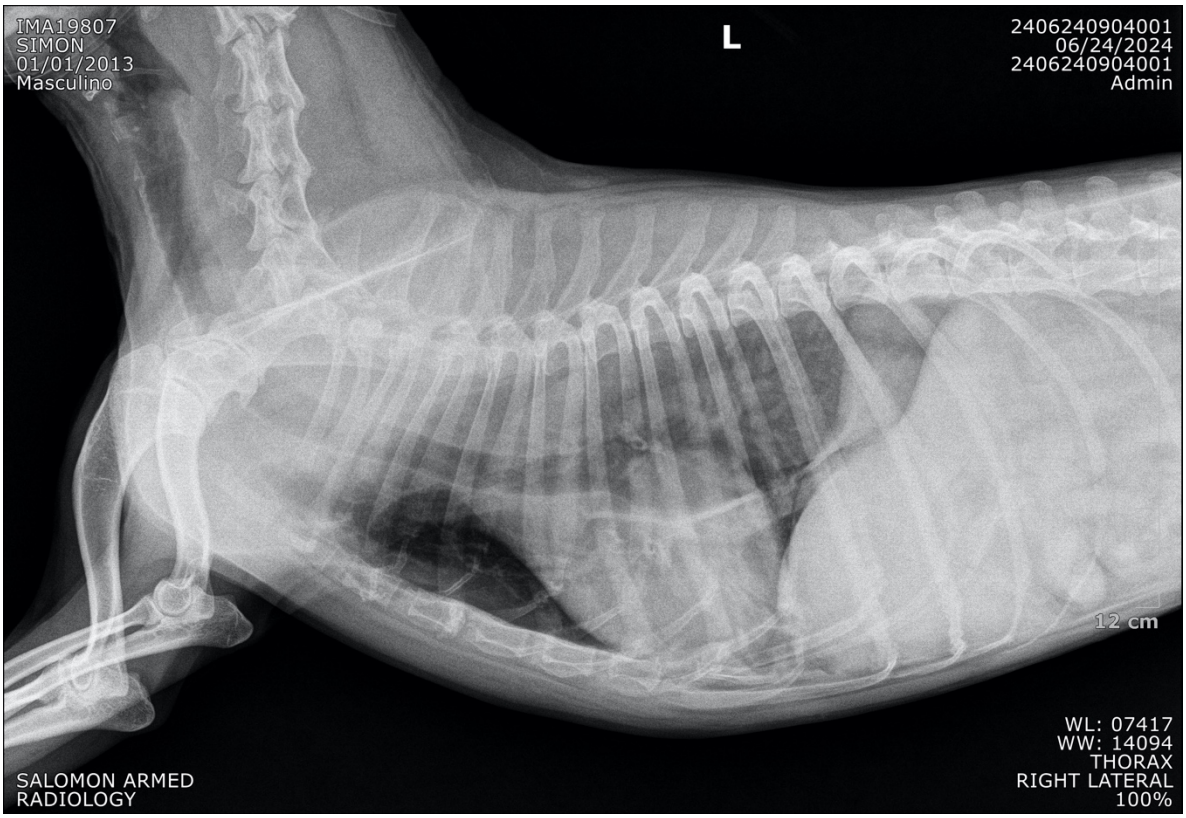
Saluda atentamente a usted.

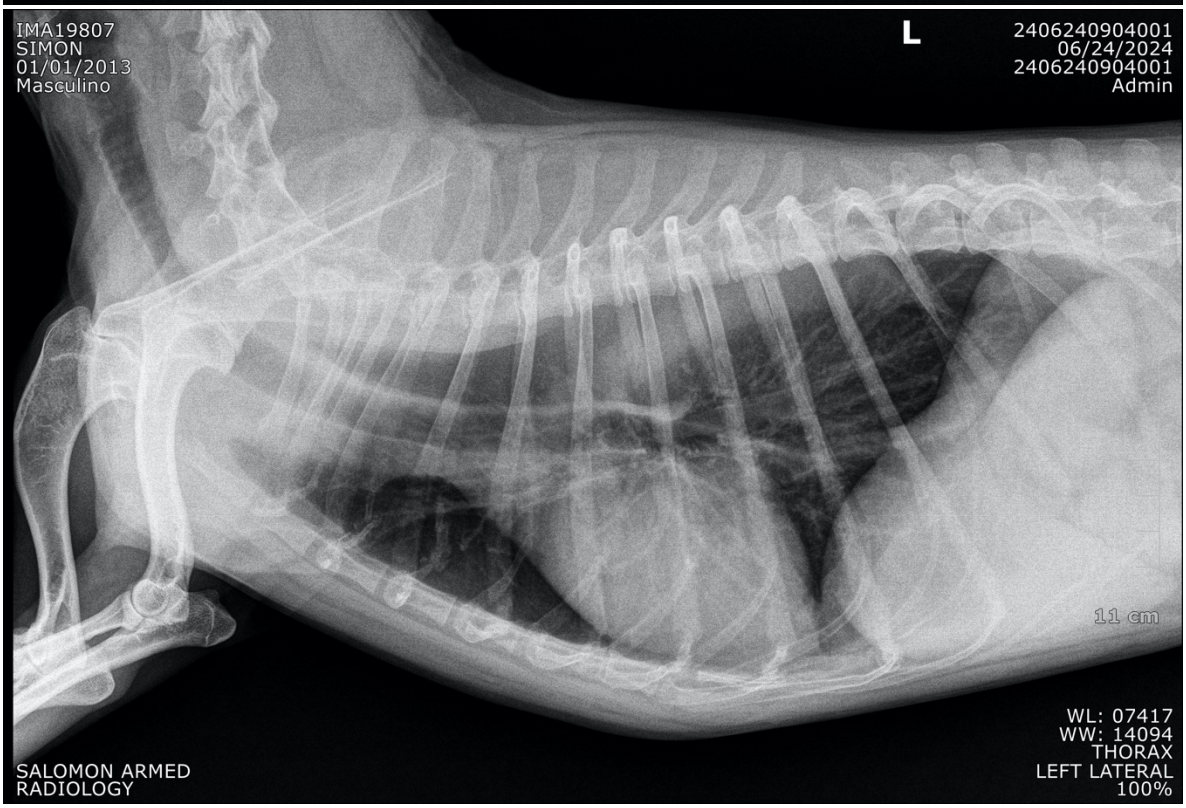
Sebastián Rivas Mejía
Médico Veterinario Zootecnista
MP: 34199 Comvezcol

IMAGENES

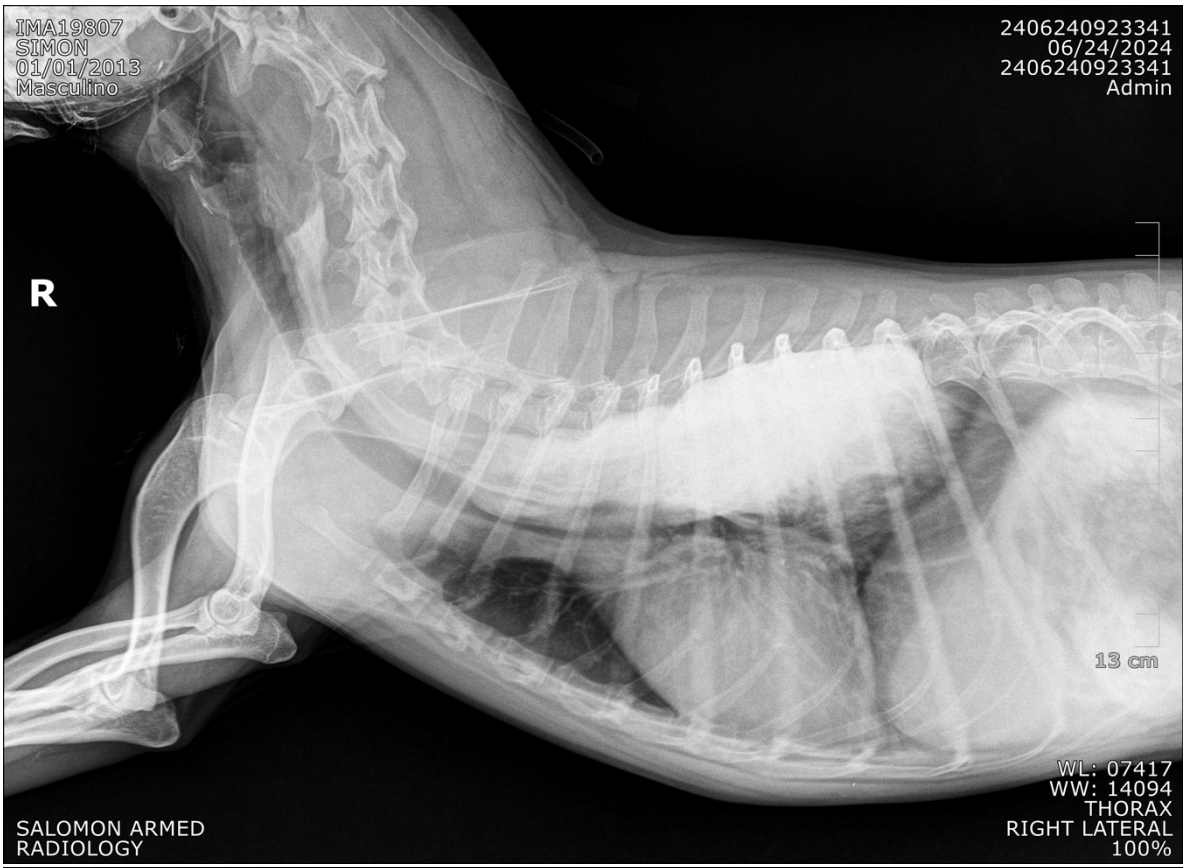


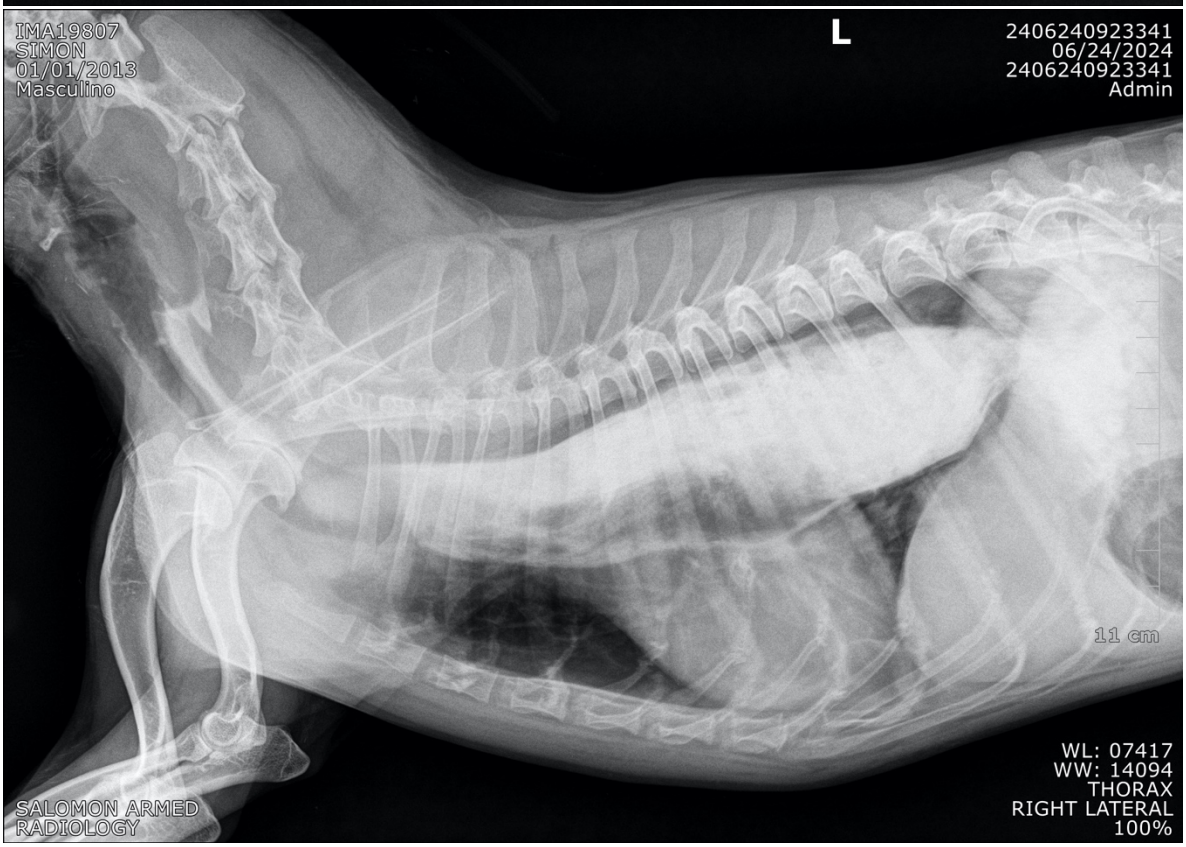
El presente examen radiográfico requiere de la interpretación de su Médico Veterinario.



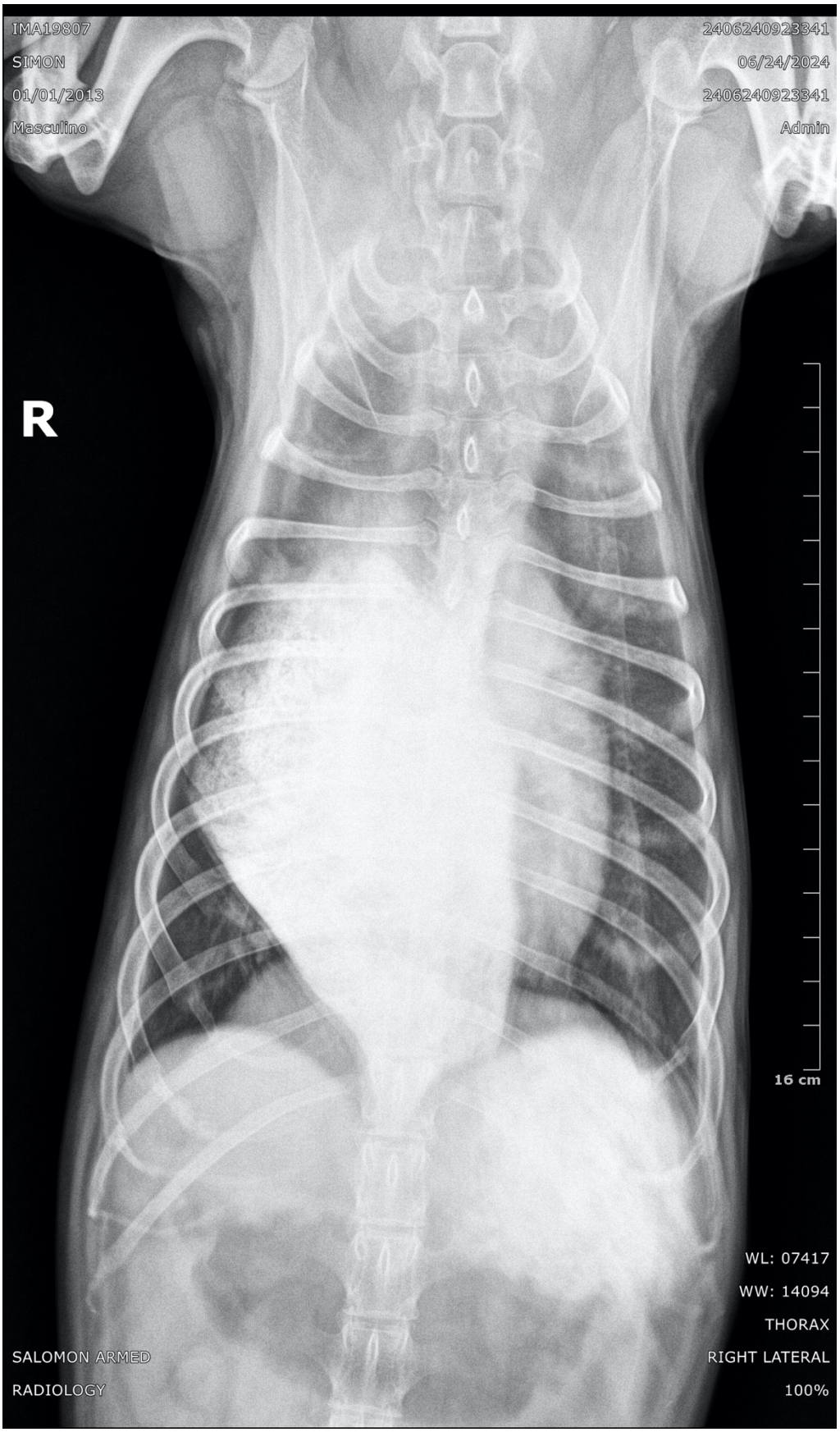


El presente examen radiográfico requiere de la interpretación de su Médico Veterinario.

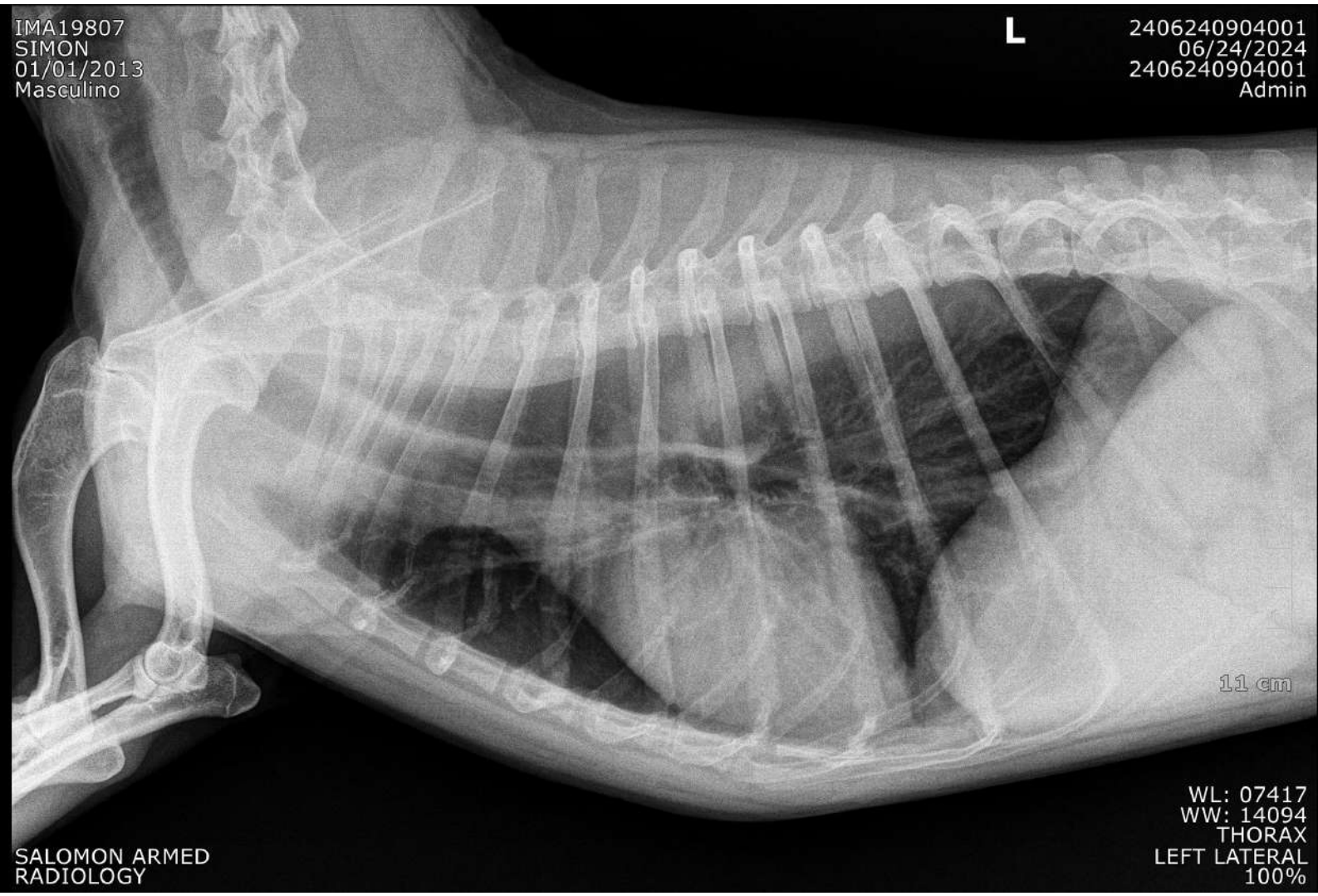


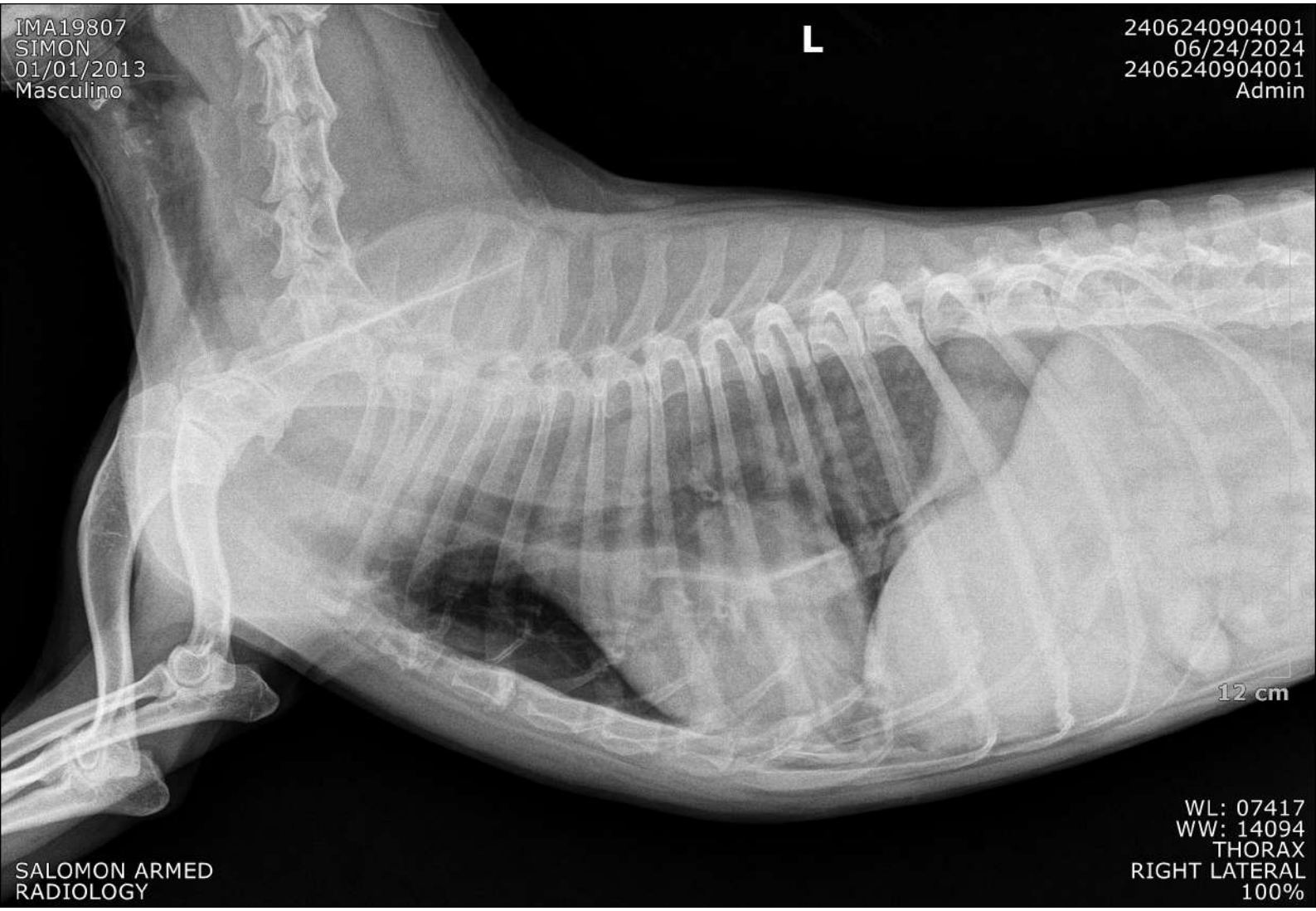


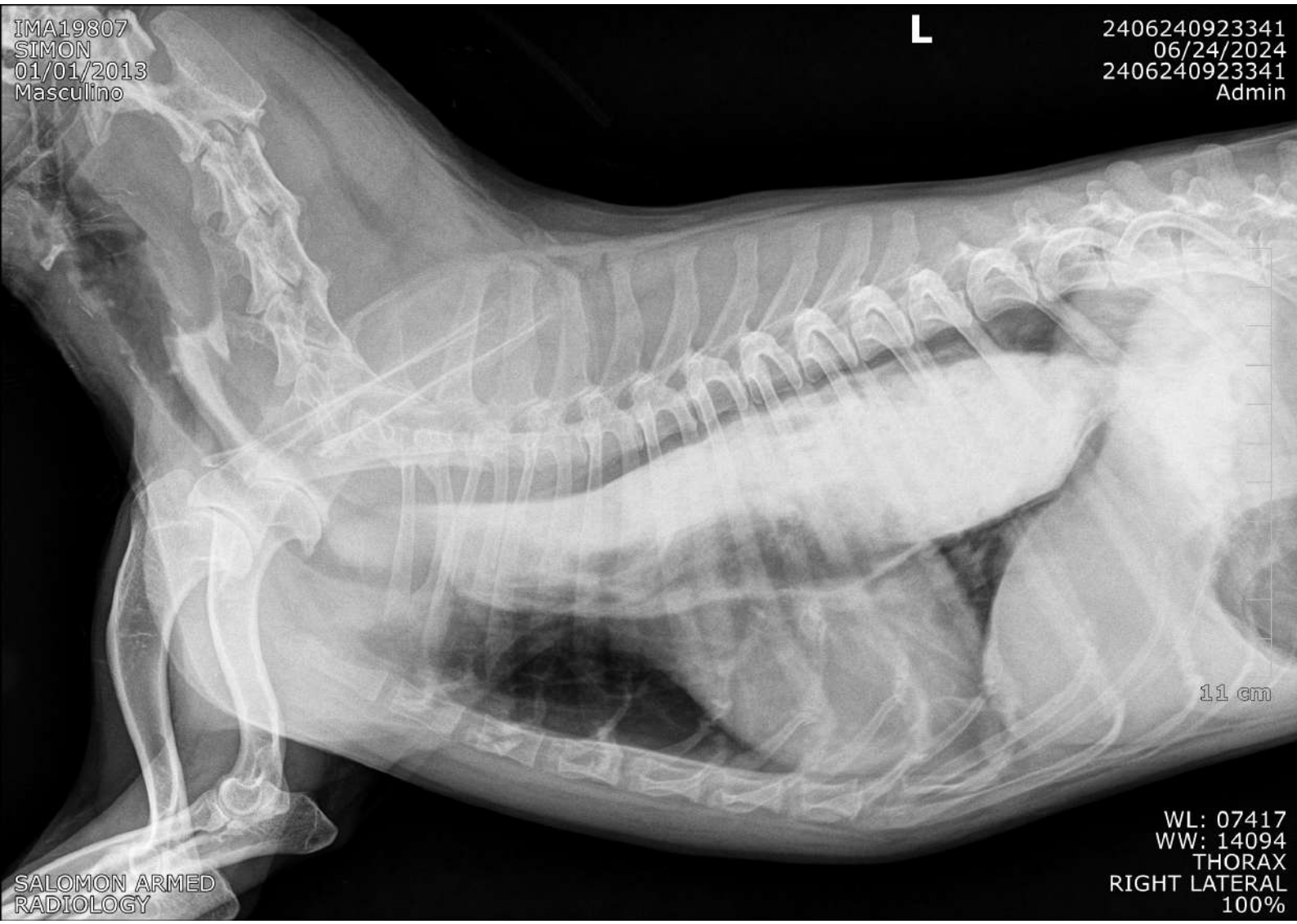
El presente examen radiográfico requiere de la interpretación de su Médico Veterinario.

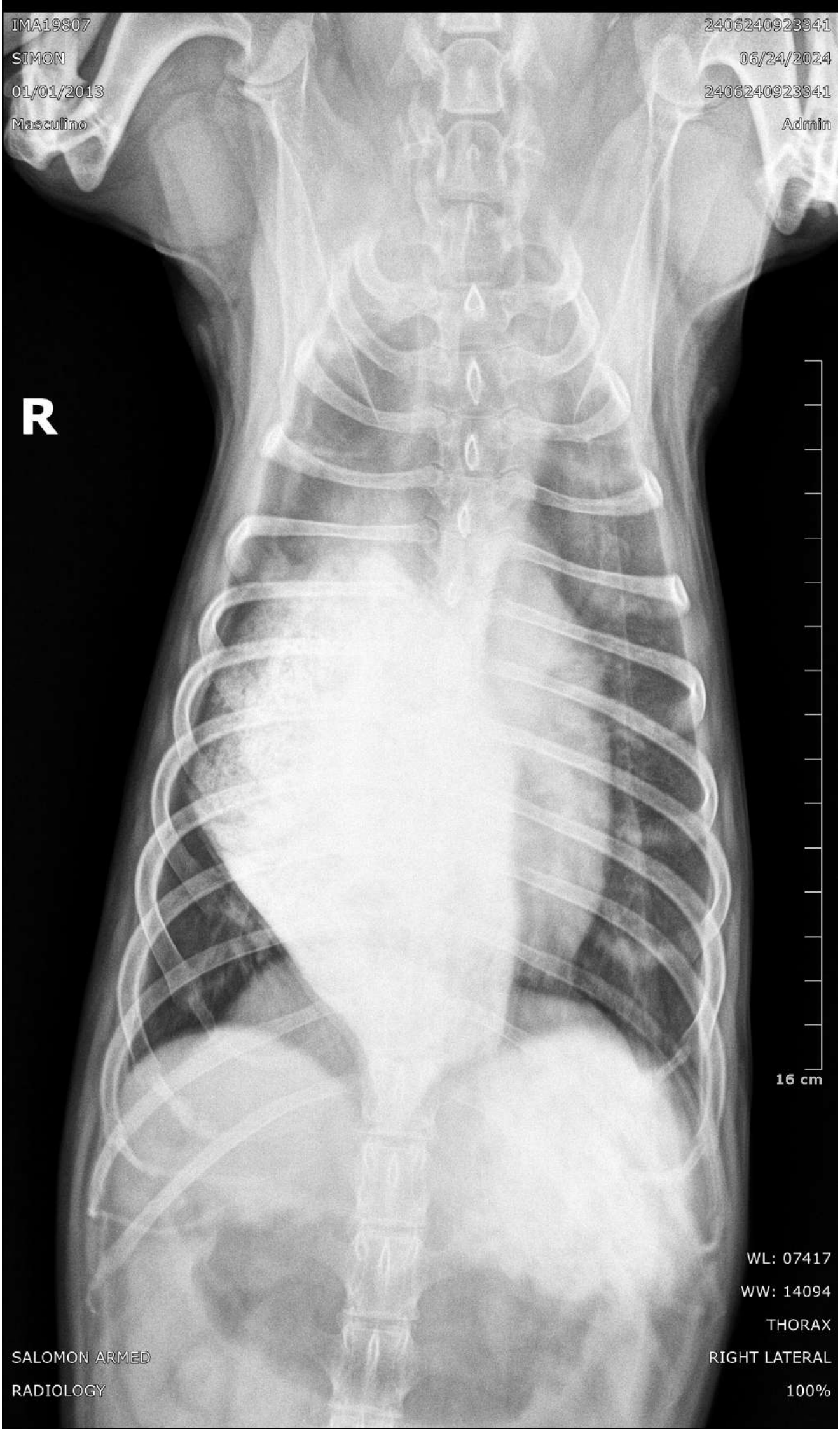


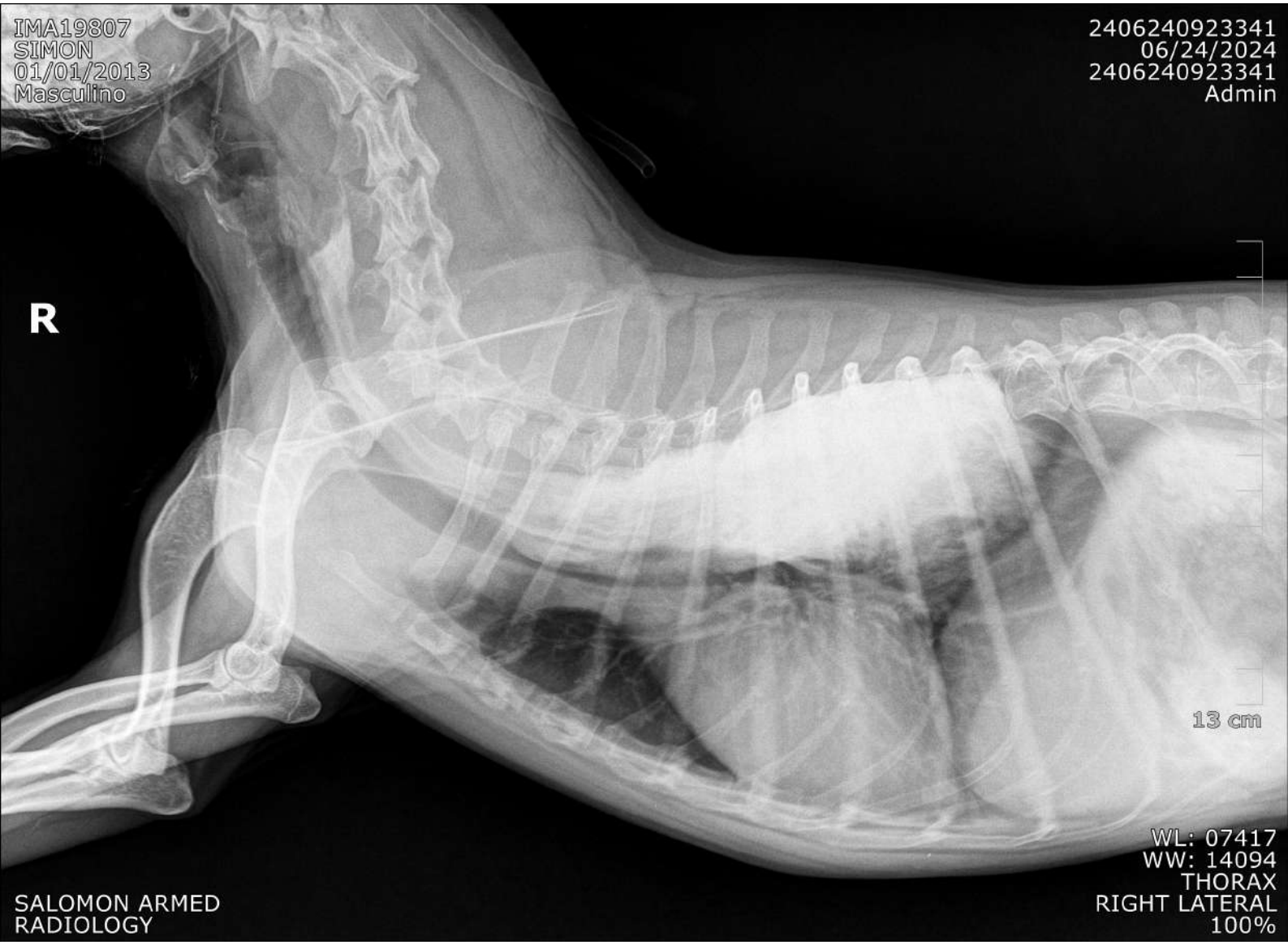
El presente examen radiográfico requiere de la interpretación de su Médico Veterinario.

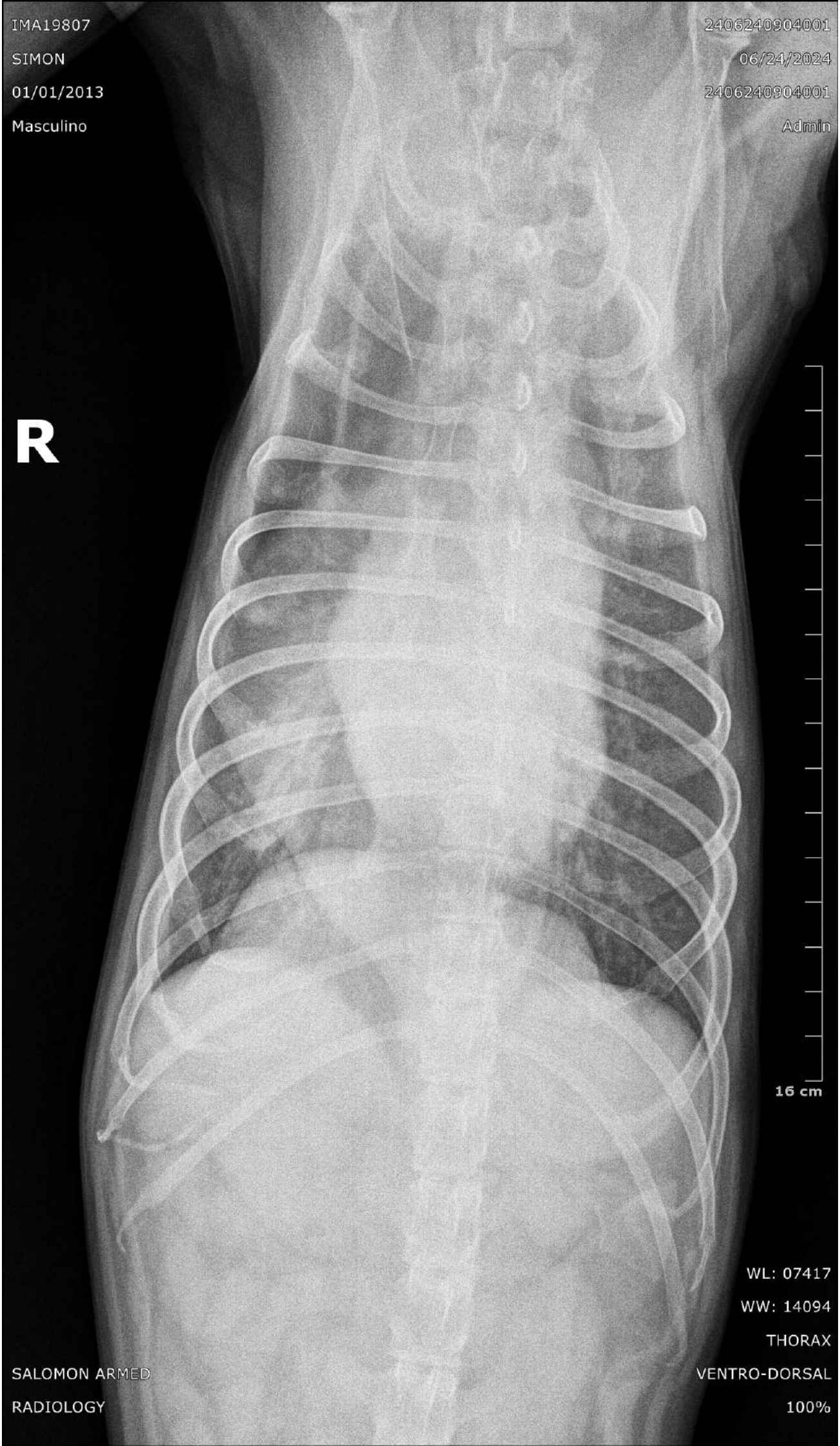

IMA19807
SIMON
01/01/2013
Masculino
L
2406240904001
06/24/2024
2406240904001
Admin
11 cm
WL: 07417
WW: 14094
THORAX
LEFT LATERAL
100%
SALOMON ARMED
RADIOLOGY


IMA19807
SIMON
01/01/2013
Masculino
L
2406240904001
06/24/2024
2406240904001
Admin
12 cm
WL: 07417
WW: 14094
THORAX
RIGHT LATERAL
100%
SALOMON ARMED
RADIOLOGY


IMA19807
SIMON
01/01/2013
Masculino
L
2406240923341
06/24/2024
2406240923341
Admin
11 cm
WL: 07417
WW: 14094
THORAX
RIGHT LATERAL
100%
SALOMON ARMED
RADIOLOGY


IMA19807
SIMON
01/01/2013
Masculino
2406240923341
06/24/2024
2406240923341
Admin
R
16 cm
WL: 07417
WW: 14094
THORAX
RIGHT LATERAL
100%
SALOMON ARMED
RADIOLOGY


IMA19807
SIMON
01/01/2013
Masculino
2406240923341
06/24/2024
2406240923341
Admin
R
13 cm
WL: 07417
WW: 14094
THORAX
RIGHT LATERAL
100%
SALOMON ARMED
RADIOLOGY


IMA19807
SIMON
01/01/2013
Masculino
2406240904001
06/24/2024
2406240904001
Admin
R
16 cm
WL: 07417
WW: 14094
THORAX
VENTRO-DORSAL
100%
SALOMON ARMED
RADIOLOGY


PERCIBO

Alcaldía de PEREIRA

CONCEPTO TÉCNICO

Versión: 1

Fecha de vigencia: 12/02/2024

INFORMACION DEL PREDIO	
Corregimiento:	FILOBONITO
Vereda:	ALTAGRACIA
Nombre Finca:	
Ficha catastral:	
Coordenadas: N:	W:

INFORMACION DEL PROPIETARIO	
Nombres:	BERNARDO
Apellidos:	GONZÁLEZ
Cédula Nº	10087324
Tel fijo:	Celular: 3127703434

Fecha visita: DD/MM/AAAA

Diario de Labores Nº:

COMPONENTE: BIENESTAR ANIMAL

ASUNTO: CANINO POLITRAUMATIZADO POR ATROPELLAMIENTO.
↳ LUNA

DESCRIPCION: ANTECEDENTES: CANINO POLITRAUMATIZADO EN EL SECTOR DE ALTAGRACIA, CON DIFICULTAD PARA CAMINAR Y AFECCIONES EN MIEMBROS POSTERIORES.

OBSERVACIONES : CANINA MESTIZA LLAMADA LUNA, COLOR AMARILLA, POLITRAUMATIZADA POR ATROPELLAMIENTO. EXHIBE SIGNOS DE DOLOR, SU MIEMBRO POSTERIOR DERECHO SE ENCUENTRA AFECTADO CON SOSPECHA DE UNA POSIBLE FRACTURA.

CONCLUSIONES:

- CANINO POLITRAUMATIZADO POR ATROPELLAMIENTO.
- MPD AFECTADO (POSIBLE FRACTURA).

RECOMENDACIONES:

- REALIZAR MANEJO DE DOLOR.
- REALIZAR RX.
- BRINDAR INFORMACIÓN A SU PROPIETARIO BERNARDO GONZÁLEZ → 3127703434

Nota. Este concepto se complementa con registro fotográfico

NOMBRE DEL TÉCNICO: FRANK ARBELÁEZ **FIRMA** _____

FICHA CLÍNICA

Impresa el *25/07/2024*

CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

Dirección: CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA Tel. (606) 320 03 03 EXT 6010
INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3
e-mail: clinicaveterinariapereira@uam.edu.co

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 25-ZLUNA
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 19/06/2024
Última Visita: 05/07/2024

Paciente: LUNA
Especie: CANINO
Raza: MESTIZO
Sexo: HEMBRA ENTERA
Pelaje: AMARILLO
Microchip:
Fecha de Nac.: 22/06/2012
Fecha de Alta: 19/06/2024
Última Visita: 28/06/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 19/06/2024 09:24:53 AM -- Atendido Por: JULIÁN DÍAZ NIETO - MP. 39207
Paciente ingresa por convenio UKUMARI
NOMBRE: BERNARDO GONALEZ
CC: 10087324 DE PEREIRA
TELEFONO: 312 770 3434

Paciente es traído por el señor Bernardo Gonzales, porque hace tres días lo atropello con el carro y no tenía plata para atenderlo, se demoró en traerlo mientras buscaba atención gratuita por parte de la alcaldía, dice que el perrito es de la calle y afirma que no tiene dueño.

Paciente ingresa postrado, incapaz de desplazarse, con escala de dolor Glasgow 20/20. mucosas rosas-palidas, tllc: 3 seg, linfonodos submandibulares y poplíteos reactivos, abdomen tenso con dolor, a auscultación sonidos cardiacos y pulmonares aparenten en normalidad.

Se procede a realizar manejo analgésico con meloxicam a dosis de 0.2mg/kg , ketamina a dosis de 2mg/kg, xilacina a dosis de 0.3mg/kg, se programa Rx en horas de la tarde.

****** Fecha: 19/06/2024 04:04:28 PM -- Atendido Por: JULIÁN DÍAZ NIETO - MP. 39207
Se procede a realizar tranquilizacion para tomar rx de cadera evidenciando múltiples fracturas y además, fractura en fémur. por edad, lesiones se recomienda eutanasia compasiva, los médicos de ukumari están de acuerdo con la decisión y se procede a aplicar eutanex, causando una muerte rápida e indolora.

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

CTA. CTE.

16/07/2024

CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 25-ZLUNA

Domiciliado en la calle: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA

Localidad: RISARALDA

Fecha	Descripción	Cantidad	Ventas	Pagos	Saldo
20/06/2024	ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE (3 PLACAS) - Unit. $79500 - LAURA RENDON	1.00	79500	0	79500
20/06/2024	*CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3200 - LAURA RENDON	1.00	3200	0	82700
20/06/2024	*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - LAURA RENDON	1.00	500	0	83200
20/06/2024	*19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $350 - LAURA RENDON	4.00	1400	0	84600
20/06/2024	*19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - LAURA RENDON	1.00	350	0	84950
20/06/2024	*TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $500 - LAURA RENDON	1.00	500	0	85450
20/06/2024	*XILASYNA 2% INY DOSIS X ML - Unit. $4800 - LAURA RENDON	0.50	2400	0	87850
20/06/2024	*PENTHAL INY X ML - Unit. $8100 - LAURA RENDON	2.00	16200	0	104050
20/06/2024	*19 EUTANASIA PROCEDIMIENTO - Unit. $58900 - LAURA RENDON	1.00	58900	0	162950
20/06/2024	*EUTHANEX INY X ML - Unit. $9000 - LAURA RENDON	3.00	27000	0	189950
20/06/2024	*FORMULA DE CONTROL ESPECIAL - Unit. $15000 - JULIÁN DÍAZ	1.00	15000	0	204950
20/06/2024	ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE VISTA ADICIONAL/CONTROL (1) - Unit. $22000 - JULIÁN DÍAZ	1.00	22000	0	226950
20/06/2024	*MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - JULIÁN DÍAZ	1.00	5300	0	232250
20/06/2024	*DISPOSICION X KG - Unit. $5600 - LAURA RENDON	11.00	61600	0	293850
20/06/2024	ANALGESIA MULTIMODAL - Unit. $16200 - JULIÁN DÍAZ	1.00	16200	0	310050

Moneda: $

SALDO: 310050

Alcaldía de PEREIRA

CONCEPTO TÉCNICO

Versión: 1

Fecha de vigencia: 12/02/2024

INFORMACION DEL PREDIO	
Corregimiento:	FILOBONITO
Vereda:	ALTAGRACIA
Nombre Finca:	
Ficha catastral:	
Coordenadas: N:	W:

INFORMACION DEL PROPIETARIO	
Nombres:	BERNARDO
Apellidos:	GONZÁLEZ
Cédula Nº	10087324
Tel fijo:	Celular: 3127703434

Fecha visita: DD/MM/AAAA

Diario de Labores N°:

COMPONENTE: BIENESTAR ANIMAL

ASUNTO: CANINO POLITRAUMATIZADO POR ATROPELLAMIENTO. → LUNA

DESCRIPCION: ANTECEDENTES: CANINO POLITRAUMATIZADO EN EL SECTOR DE ALTAGRACIA, CON DIFICULTAD PARA CAMINAR Y AFECCIONES EN MIEMBROS POSTERIORES.

OBSERVACIONES : CANINA MESTIZA LLAMADA LUNA, COLOR AMARILLA, POLITRAUMATIZADA POR ATROPELLAMIENTO. EXHIBE SIGNOS DE DOLOR, SU MIEMBRO POSTERIOR DERECHO SE ENCUENTRA AFECTADO CON SOSPECHA DE UNA POSIBLE FRACTURA.

CONCLUSIONES:

- CANINO POLITRAUMATIZADO POR ATROPELLAMIENTO.
- MPD AFECTADO (POSIBLE FRACTURA).

RECOMENDACIONES:

- REALIZAR MANEJO DE DOLOR.
- REALIZAR RX.
- BRINDAR INFORMACIÓN A SU PROPIETARIO BERNARDO GONZÁLEZ → 3127703434

Nota. Este concepto se complementa con registro fotográfico

NOMBRE DEL TÉCNICO: FRANK ARBELÁEZ **FIRMA** _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES DE LA RED PÚBLICA VETERINARIA

Yo BERNARDA GONZALEZ identificado con cédula de ciudadanía número 10.087.324 de Pereira en calidad de tutor de LUNA, especie Canino, raza Mx, sexo M (H), de 12 años, con 10 Kg de peso e historia clínica número 2561. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud de mi mascota por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar la salud del paciente.

Comprendo que los gastos derivados de la presente atención serán asumidos de manera parcial por la secretaria de desarrollo rural del municipio de Pereira a través de un convenio de cooperación suscrito con la clínica Visión de las Américas, por lo que dicha secretaria podrá solicitar información sobre los avances del tratamiento, historia clínica e imágenes del paciente y definirá el monto máximo por el cual se prestará el servicio. En caso que los costos excedan el tope por ellos establecidos, yo como tutor deberé asumir los costos adicionales del tratamiento del paciente en este u otro centro veterinario de mi elección.

he recibido y entendido la información sobre las posibles necesidades de atención de mi paciente que incluyen hospitalización, diagnóstico por imágenes, diagnósticos de laboratorio, cirugía, consulta especializada, suministro de medicamentos-quimioterapéuticos-transfusiones y en el peor de los casos eutanasia, y de necesitar ser anestesiado o tranquilizado comprendo que la **CLASIFICACIÓN DE RIESGO ANESTÉSICO ASA** de mi mascota es III-E entiendo que, dentro de los riesgos posibles y efectos colaterales del procedimiento a realizarse se encuentran: hipoxia, hipotermia, hipotensión, bradicardia, stock anafiláctico, muerte.

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a

medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente 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.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados conforme a los protocolos médicos, quirúrgicos y de bienestar animal. En caso de agravamiento de la enfermedad o perdida de la calidad de vida, autorizo a los profesionales de la **Institución Universitaria Visión de las Américas** para aplicar la eutanasia en caso de yo no estar presente, siempre y cuando se me solicite autorización previa y pueda hacerlo por mensaje de texto o e-mail.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste, tampoco se hace responsable de los daños a terceros. Así mismo, autorizo a la **Institución Universitaria Visión de las Américas** de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellos que por negligencia de su propietario permanezcan sin autorización de tratamiento dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico y requerimientos o 2 días después de notificada la salida del paciente sin que nadie se presente a recogerlo, evento en el cual la **Institución Universitaria Visión de las Américas** podrá libremente disponer del paciente y el Tutor o responsable no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra la clínica o el médico veterinario.

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución.

He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

Autorizo la obtención, divulgación y publicación de imágenes y datos de la historia clínica del paciente por parte de la Institución Universitaria Visión de las Américas con fines académicos y/o para difusión en redes sociales.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de la **Institución Universitaria Visión de las Américas**.

En contraparte yo Julio Tovar N. con tarjeta profesional número 39207 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

Para constancia se firma el 14 de 06 del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el paciente.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 14 de 06 del 2024

Propietario/acudiente:
CC: 10.087.324
Tel: 3127703434

Médico Veterinario:
MP: 39207

CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

PACIENTE: UNA	FECHA	FECHA	FECHA	# HC 2561	FECHA	FECHA	FECHA	19/06/24	FECHA	FECHA	FECHA
ARTICULO				ARTICULO				ARTICULO			
ARENA PARA GATOS X LB				LATA CANINE I/D 13 OZ				TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI			
ACIFLUX TAB 500 MG				LATA E/N CANINO 377 G				TUBO ENDOTRAQUEAL #			
BATA BLANCA DESECHA.				LATA FELINO I/D 5.5 OZ				TUBO ENDOTRAQUEAL #			
BURETA 150 ML X UND				LATA HA CANINE X 377 GR				VENDA COBAN PET-FLEX			
CANULA NASAL DE OXIGENO				LLAVE DE TRES VIAS				VENDA TELA O GASA 4X5 UND			
CATETER IV 18				MILPRO ADULTO 16MG/40MG				VENOCLISIS MACROGOTEO			
CATETER IV 20 ROSADO				MILPRO CACHORRO TAB				VENOCLISIS MICROGOTEO			
CATETER IV 22 AZUL	1			OXIGENO MEDICINAL (PARED)				VLIWASORB APOSITO			
CATETER IV 24 AMARILLO				OXIGENOTERAPIA CONCENTRA.				VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA)			
COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND				SET DE TRANSFUSION SANGRE				**CITOLOGIA**			
CONSUMIBLES HOSPITAL				SOL. DEXTROSA 5% 500 ML				**ECOGRAFIA ABDOMINAL**			
COPITO MADERA ESTERIL				SOLUCION CLORURO X 100ML				**ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE**	1		
CUCHILLA BISTURI #				SOLUCION CLORURO X 500ML				**HEMOGRAMA UAM**			
CUCHILLA BISTURI #				SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML				**HIDRATACION**			
ENTEREX POLVO X 8 GR				SONDA FOLEY 2 VIAS #				**HISTOPATOLOGIA**			
EQUIPO PERICRANEAL 21G				SONDA LEVIN NASOGA. #				**HOSPITALIZACION**			
EXTENCION PARA ANESTAESIA				SONDA NELATHON #				**NEBULIZACION**			
FCO GOTERO X ____ ML				SONDA NELATHON #				**REPORTE RADIOGRAFICO**			
FCO RECOLECTOR COPRO.				SONDA URINARIA FELINO				**SERVICIOS Y OTROS**			
FCO RECOLECTOR ORINA				SUPRASOB A COMPRESA				MAXING	0.3ml		
FORMULA DE CONTROL ESPE.				SUT. AC POLIGLICOLICO #				PENTA	2ml		
GUANTES QX ESTERIL 7,5				SUT. POLIDIOXANONA #				EUTANEX	3ml		
GUANTES QX ESTERIL 6,5				SUT. POLIGALACTINA #				PROCEDIMIENTO EQ.	1		
JERINGA PUNTA CATE.				SUTURA N/A #				KETAMINA	0.5ml		
JERINGA 1 ML	1			TAPON HEPARINIZADO	1			FORMULA CUMAN	1		
JERINGA 10 ML				TEST DE FLUORESCEINA				VISTA SIMPLE	1		
JERINGA 20 ML				TEST DE LEUCEMIA				MELOXICAM 0.5%	0.05		
JERINGA 2-3 ML	1+2			TEST DE MOQUILLO							
JERINGA 5 ML	1			TEST DE PARVOVIRUS							
JERINGA 50 ML				TEST DE SCHIMER TIRILLA							
KIT MICRONEBULIZACION				TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt							
LATA C/N 156 G				TIRA PARA CETONA EN SANGRE							

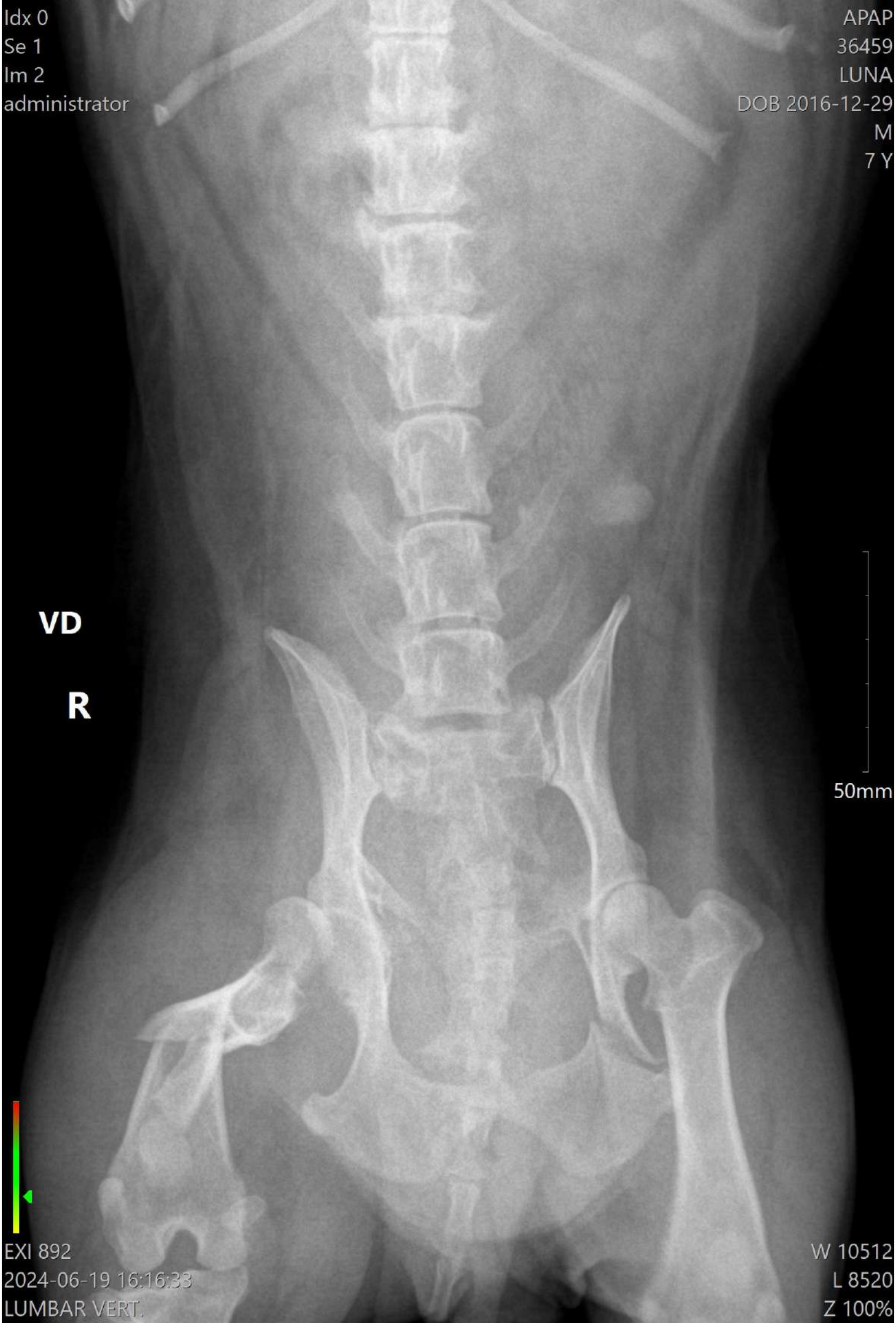
CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZA

FECHA	# HC	FECHA	FECHA	FECHA		FECHA	FECHA	FECHA
	ARTICULO				ARTICULO			
	LATA CANINE I/D 13 OZ				TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI			
	LATA E/N CANINO 377 G				TUBO ENDOTRAQUEAL #			
	LATA FELINO I/D 5.5 OZ				TUBO ENDOTRAQUEAL #			
	LATA HA CANINE X 377 GR				VENDA COBAN PET-FLEX			
	LLAVE DE TRES VIAS				VENDA TELA O GASA 4X5 UND			
	MILPRO ADULTO 16MG/40MG				VENOCLISIS MACROGOTEO			
	MILPRO CACHORRO TAB				VENOCLISIS MICROGOTEO			
	OXIGENO MEDICINAL (PARED)				VLIWASORB APOSITO			
	OXIGENOTERAPIA CONCENTRA.				VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA)			
	SET DE TRANSFUSION SANGRE				**CITOLOGIA**			
	SOL. DEXTROSA 5% 500 ML				**ECOGRAFIA ABDOMINAL**			
	SOLUCION CLORURO X 100ML				**ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE**			
	SOLUCION CLORURO X 500ML				**HEMOGRAMA UAM**			
	SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML				**HIDRATACION**			
	SONDA FOLEY 2 VIAS #				**HISTOPATOLOGIA**			
	SONDA LEVIN NASOGA. #				**HOSPITALIZACION**			
	SONDA NELATHON #				**NEBULIZACION**			
	SONDA NELATHON #				**REPORTE RADIOGRAFICO**			
	SONDA URINARIA FELINO				**SERVICIOS Y OTROS**			
	SUPRASOB A COMPRESA							
	SUT. AC POLIGLICOLICO #							
	SUT. POLIDIOXANONA #							
	SUT. POLIGALACTINA #							
	SUTURA N/A #							
	TAPON HEPARINIZADO							
	TEST DE FLUORESCEINA							
	TEST DE LEUCEMIA							
	TEST DE MOQUILLO							
	TEST DE PARVOVIRUS							
	TEST DE SCHIMER TIRILLA							
	TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt							
	TIRA PARA CETONA EN SANGRE							

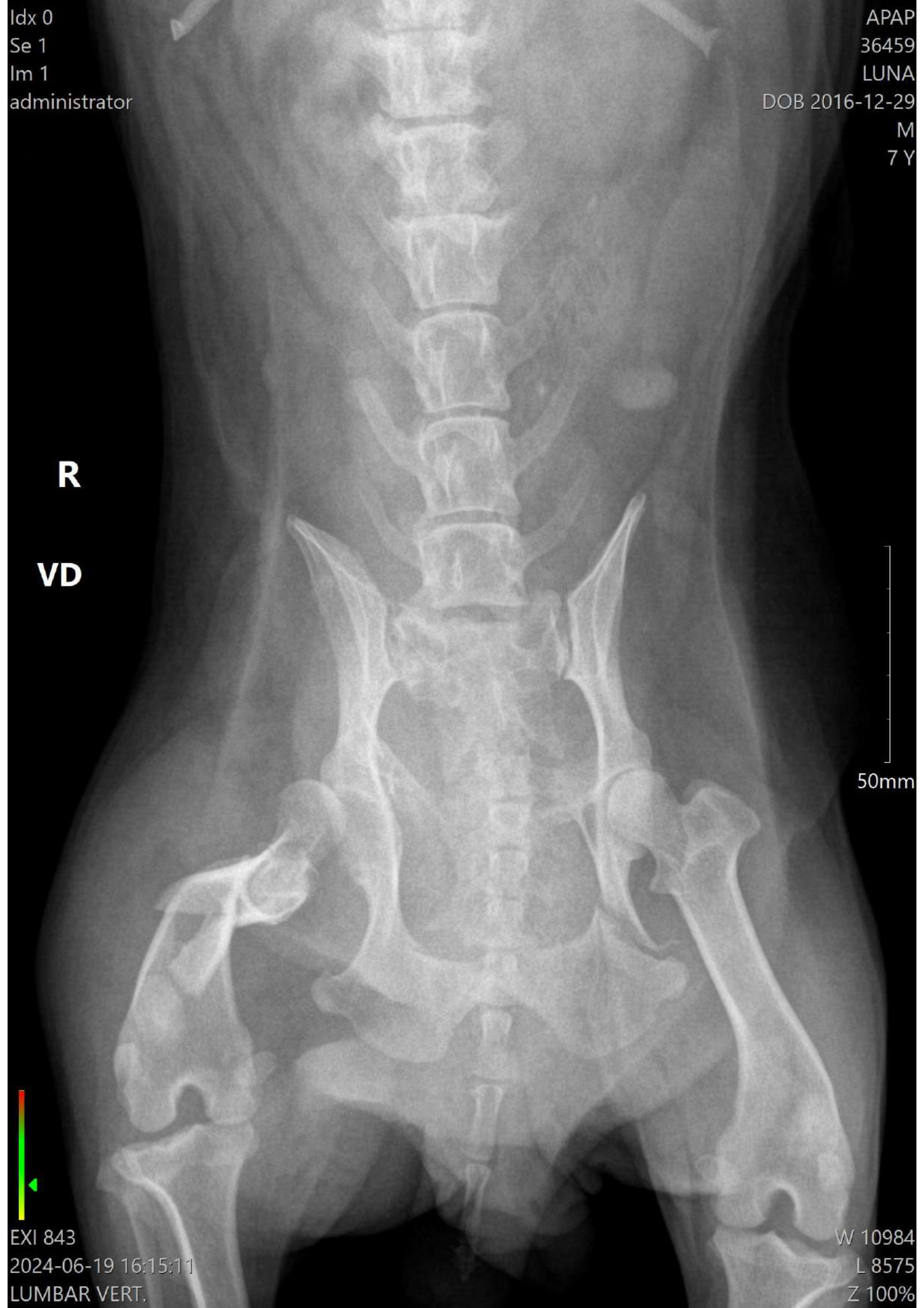





Inscribe tu
mascota aquí...


Idx 0
Se 1
Im 2
administrator
APAP
36459
LUNA
DOB 2016-12-29
M
7 Y
VD
R
50mm
EXI 892
2024-06-19 16:16:33
LUMBAR VERT.
W 10512
L 8520
Z 100%


Idx 0
Se 1
Im 4
administrator
APAP
36459
LUNA
DOB 2016-12-29
M
7 Y
50mm
EXI 1029
2024-06-19 16:18:37
LUMBAR VERT.
R
W 9782
L 8535
Z 100%
CW270'


Idx 0
Se 1
Im 1
administrator
APAP
36459
LUNA
DOB 2016-12-29
M
7 Y
R
VD
50mm
EXI 843
2024-06-19 16:15:11
LUMBAR VERT.
W 10984
L 8575
Z 100%


Idx 0
Se 1
Im 3
administrator
APAP
36459
LUNA
DOB 2016-12-29
M
7 Y
50mm
MPD
EXI 1029
2024-06-19 16:17:54
LUMBAR VERT.
W 9592
L 6851
Z 100%
CW270'

Alcaldía de PEREIRA

CONCEPTO TÉCNICO

Versión: 1

Fecha de vigencia: 12/02/2024

INFORMACION DEL PREDIO	
Corregimiento:	BARRIO
Vereda:	BOSTÓN
Nombre Finca:	
Ficha catastral:	
Coordenadas: N:	W:

INFORMACION DEL PROPIETARIO	
Nombres:	ANDRÉS
Apellidos:	VARGAS
Cédula N°	
Tel fijo:	Celular: 3226852518

Fecha visita: DD/MM/AAAA

Diario de Labores N°:

COMPONENTE: BIENESTAR ANIMAL

ASUNTO: ATENCIÓN MÉDICA FELINO POLITRAUMATIZADO (SIN NOMBRE).

DESCRIPCION: ANTECEDENTES: FELINO POLITRAUMATIZADO POR ATROPELLAMIENTO EN EL BARRIO BOSTÓN.

OBSERVACIONES : EL FELINO SE ENCUENTRA CON SIGNOS DE DOLOR CONSIDERABLES Y CON SANGRADO EXCESIVO POR NARIZ Y CAVIDAD ORAL.
EL FELINO YA HA PERDIDO BASTANTE SANGRE.

CONCLUSIONES:

- FELINO POLITRAUMATIZADO.
- PÉRDIDA SANGUÍNEA.

RECOMENDACIONES:

- REALIZAR TODOS LOS PROCEDIMIENTOS CORRESPONDIENTES.
- BRINDAR INFORMACIÓN AL PATRULLERO ANDRÉS VARGAS → 3226852518

Nota. Este concepto se complementa con registro fotográfico

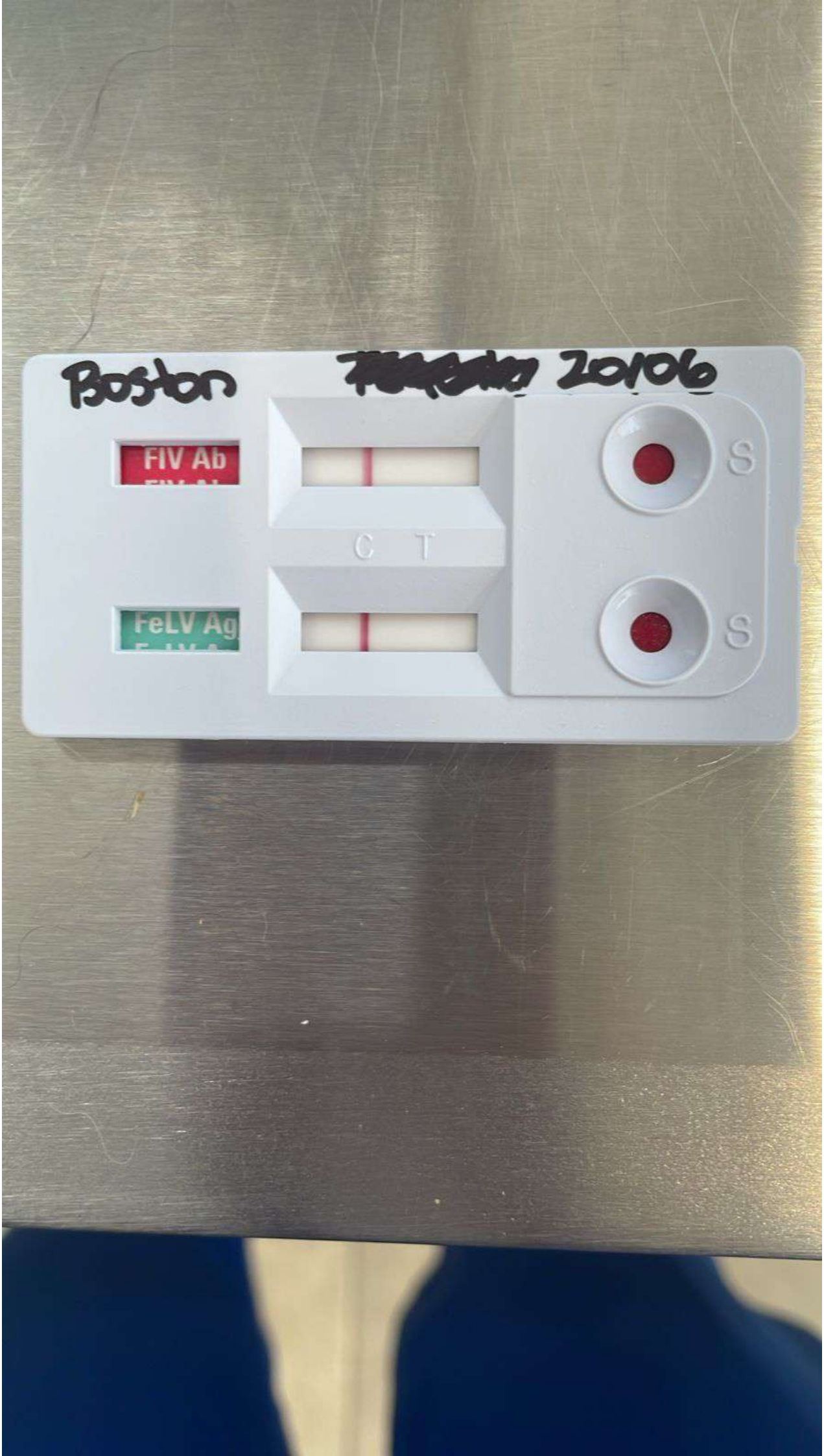
NOMBRE DEL TÉCNICO: FRANK ARBELÁEZ **FIRMA** _____










Boston
20106
FIV Ab
FeLV Ag
C T
S
S

FICHA CLÍNICA

Impresa el *16/07/2024*

CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

Dirección: CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA Tel. (606) 320 03 03 EXT 6010
INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3
e-mail: clinicaveterinariapereira@uam.edu.co

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 26-BOSTON
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 20/06/2024
Última Visita: 14/07/2024

Paciente: BOSTON/JUNO
Especie: FELINO
Raza: MESTIZO
Sexo: MACHO CASTRADO
Pelaje:
Microchip:
Fecha de Nac.: 23/06/2020
Fecha de Alta: / /
Última Visita: 14/07/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 20/06/2024 06:48:02 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente Felina, Hembra ingresa por convenio de alcaldía por presentar Trauma a nivel rostral (Posible fractura de paladar, nariz y mandíbula) (Se presenta con inflamación facial, epistaxis, sangrado bucal y ronquido nasal), escala Glasgow 8/20. Se instaura catéter en miembro anterior se toman exámenes (Hemograma: Trombocitosis) (Rotor Preventivo (Hiperglucemia). Test sida y leucemia (Negativo). Se administra Fluido terapia a razón de 10ml/h + Meloxicam 0.2 mg/kg SC + Colivet 15 mg/kg IV + Quercetol 10 mg/kg IV + Infusión de fentanilo a 2 mcg/kg IV durante 6 horas. Paciente se mantiene en una sola posición, pero es receptiva a las caricias. Se toman constantes FC 148 FR 24 T 37.0 PAM 83 mmhg. Se recomienda realizar sedación con radiografía y de ser necesario corregir fracturas o heridas.

*** Fecha: 20/06/2024 03:29:28 PM HEMOGRAMA
*** Fecha: 20/06/2024 03:29:54 PM PREVENTIVE CARE PROFILE PLUS
*** Fecha: 20/06/2024 07:04:08 PM TEST SIDA Y LEUCEMIA

****** Fecha: 21/06/2024 06:04:40 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente decaída, permanece en posición de decúbito esternal durante toda la noche, no se mueve en la jaula. Aparentemente orina pero muy poca cantidad, sin sangrado durante la noche, se retira un poco de sangre seca en narinas para permitir mejor flujo de aire. La paciente permanece con la boca entreabierta, salivación muy leve, en la noche se ofrece alimento y muestra un poco de interés pero no lo consume, se intenta dar un poco asistido pero se estresa mucho y en un momento al esquivar se golpea con una delas paredes de la jaula por lo que se decide desistir

Se recomienda el día de hoy realizar radiografía de cráneo y considerar instaurar tubo de alimentación esofágico

****** Exámen Físico Fecha: 21/06/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: 38.1 °C -- F.C.: 160 /minuto -- F.R.: 28 /minutoCardiovascular: MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS. PAS: 111MMHG, PAD: 72 MMHG, PAM: 82 MMHG

*** Fecha: 21/06/2024 10:01:05 AM TFAST Y AFAST
****** Fecha: 21/06/2024 07:53:44 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente hipodámica, en horas de la mañana orina, se continua con la medicación establecida, se observa nauseas, se inicia CERENIA 1mg/kg, paciente con dolor controlado, se realiza limpieza de narinas y de parpados, se observa buen desplazamiento, es muy nerviosa, se realiza sutura de paladar blando, se da buena recuperación anestésica, se adiciona BUTORFANOL 0.2mg/kg, se instaura sonda de alimentación por esofagostomia, se prueba con glicopan y con agua y lo tolera, iniciar alimento húmedo en la noche (se deja preparado), constantes en la tarde tem 37.5, fc 180 fr 32 PAS 111 PAM 75 SPO2 99. Se da 5 ml de lata antes de entregar turno y los tolera

****** Fecha: 22/06/2024 05:48:18 AM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610

ENTREGA DE TURNO NOCHE: Paciente durante el turno no ingresa al arenero, constantemente orina por fuera de este, no ha presentado vómitos ni otro signo gastro entérico. Dolor controlado. Medico de turno anterior le ofreció 5ml de comida y se programa cada 6 horas, por el momento lo ha tolerado bien. No presenta deposición, gran parte del turno duerme. Clínicamente estable. T° 38.1, FC 160, FR 24, PULSO F/C, MUCOSAS Rosa, TLLC 2".

****** Fecha: 22/06/2024 06:44:12 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99

TURNO DIURNO

Paciente estable no presenta Vómitos ni diarrea, no orina ni defeca en horas de la tarde. Se continua con la medicación establecida, se realiza limpieza. En horas de la tarde se toman constantes T° 37.1, FC 180, FR 28, PULSO F/C, Mucosas Rosa, TLLC 2". Paciente tiene tutor.

****** Fecha: 23/06/2024 07:21:43 AM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610

ENTREGA DE TURNO NOCHE: Paciente durante la noche duerme, cuando se le acercan se pone muy consentido, se sigue ofreciendo comida a través de la sonda sin embargo es bueno integrar ofrecer comida blanda ya que su estado anímico es mucho mejor que el día de ayer. Presenta micción dentro del arenero, pero no ha realizado deposición. Se continua con manejo intrahospitalario, esta pendiente suministrar información del paciente al tutor, pero aún no se tiene número de contacto.

****** Fecha: 23/06/2024 06:22:26 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99

TURNO DIURNO

Paciente Estable, no presenta vómitos ni diarrea, no orina ni defeca, se mantiene escondida durante todo el turno. Se realiza limpiezas en áreas de la nariz y mentón. Se oferta agua y alimento, pero no muestra interés (Se sospecha de estrés), se continua con la ración de 1/3 de lata por l sonda. Se cambia butorfanol por Lírica 2 mg/kg VO y se cambia frecuencia de Colivet a cada 12 horas. Se toman constantes FC 128 FR 20 T 37.1, Mucosas Rosadas TLLC 2 segundos. Se recomienda alta médica.

****** Fecha: 24/06/2024 07:59:23 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491

Paciente estable, retraída, se mantiene en una misma posición y en un mismo lugar, se observa estresada puede ser por los perros, no come por sus medios ni toma agua, se da alimento por la sonda y la tolera, se continua con la medicación establecida, se adiciona tramadol 2mg/kg, se recomienda cambiar vía endovenosa ya que ya lleva 3 días con ella, seria conveniente un hemograma de control, no orina ni defeca, constantes en la mañana FC 116 FR28 TEM 37.3.

*** Fecha: 24/06/2024 04:16:47 PM FORMULA MEDICA

****** Fecha: 24/06/2024 08:52:06 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610

ALTA MEDICA: Paciente clínicamente estable, de muy buen semblante, se da alta médica para manejo en casa, se explica manejo de sonda para medicación y alimentación. Cada 24 horas debe traerlo para examinar condición medica. En caso de comenzar a comer a voluntad, se debe evaluar la necesidad de retirar sonda.

****** Fecha: 25/06/2024 04:12:21PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610

paciente es traída a control, propietario reporta normalidad en casa, tubo bien posicionado sin secreciones o indicios de infección, paso de comida optimo, constantes en rango y estado anímico favorable.
se programa control en 24 horas

****** Fecha: 26/06/2024 04:28:03 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491

MOTIVO DE INGRESO: CONTROL

Propietario refiere que en la mañana le da primero los medicamentos, luego de la agüita y por último el alimento, despacio, no a presentado vómitos, se desespera cuando le voy a dar comida a los otros gatos, pero la huele y no come, cuando esta dormida suena raro, pero solo cuando está dormida.

****** Fecha: 29/06/2024 09:05:40 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558

Paciente ingresa a control, propietario reporta que no ha iniciado el consumo por sus medios, pero muestra interés, cuando se sirve el alimento se acerca a olfatear, pero no consume nada alimento.

Intentamos darle alimento diferente pero aun así no quiere comer. A veces me parece que tiene la boca seca, no ha tenido vómito. Si ha defecado.

****** Exámen Físico Fecha: 29/06/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: 38.7 °C -- F.C.: 160 /minuto -- F.R.: 40 /minutoGeneral: ATENTA AL MEDIO, TEMEROSA
Piel tegumento: PRESENTA LEVE SECRECIÓN Y COSTRAS EN LA ZONA DE ENTRADA DEL TUBO ESOFÁGICO, SIN MAL OLOR
Cardiovascular: MUCOSAS ROSADAS
Respiratorio: SIN DIFICULTAD RESÍRATORIA
Gastrointestinal: SIN DOLOR NI DISTENSIÓN
Tratamiento: SE OGRECE UN POCO DE ALIMENTO HÚMEDO FORZADO Y LA PACINTE LO DEGLUTE SIN MOSTRAR REPULSIÓN, SE RECOMIENDA A PROPIETARIO DAR UN POCO DE ALIMENTO DE ESTA FORMA PARA INCETIVAR EL CONSUMO DE ALIMENTO

SE RECOMIENDA
MIRTAZAPINA TAB 30MG: 1/8 TAB VO, REPETIR EN 48 HORAS (se sugiere dar disuelto en agua o el alimento por la sonda)

****** Fecha: 11/07/2024 10:10:14 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99

Paciente ingresa por control, Tutor reporta que esta activa comiendo y tomando agua. se retira Sonda esofágica, se sutura. se recomienda control en 2 semanas para retirar sutura.

*** Fecha: 14/07/2024 10:33:32 AM FORMULA MEDICA
****** Fecha: 14/07/2024 11:10:44 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
Paciente ingresa debido a herida en piel, tutor comenta que el punto se cayo. Al realiza inspección se observa solución de continuidad de 2 cm a nivel ventral de cuello con abundante secreción purulenta y el puntos que se coloco hace días estaba en su lugar. Se le indica al propietario que herida no es por dehiscencia de puntos sino que es un absceso que no tiene que ver con la atención primaria ni complicación. Se sospecha de absceso en piel por mordedura ya que comenta que tiene otros gatos.
Comenta que esta comiendo y activa. Se rasura y se realiza limpieza. se observa abundante secreción purulenta. se indica que no se puede suturar por contaminación de herida. que se debe realizar limpiezas y administrar medicamentos. Tutor entiende.
Se administra dosis de duplocilina 0.3 ml SC. Se realiza vendaje. se envia formula con antinflamatorios y limpieza. se indica que el control es en 3 días para revisión de herida y de ser necesario suturar. Se comenta que si se debe realizar ese procedimiento si tiene un costo que debe ser cancelado por el.
****** Exámen Físico Fecha: 14/07/2024 -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
Temperatura: 37.0 °C -- Hidratación: NORMAL -- F.C.: 160 /minuto -- Pulso: F /minuto -- F.R.: 36 /minuto

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 14/07/2024 TITULO: FORMULA MEDICA
1.-MELOXICAM GOTAS 0.15% USO VETERINARIO#1
INDICACIONES: Administrar via oral 2 gotas cada 24 horas durante 4 dias.

2.-BAXIDIN SPRAY USO VETERINARIO#1
INDICACIONES: Realizar Limpiezas 2 veces al dia.

3.-FITOVETE, CUTAMYCON CREMA #1
INDICACIOBNES: Aplicar luego de la limpieza 2 veces al dia

NOTA
*CONTROL EN 3 DIAS PARA REVISION DE HERIDA Y DE SER NEECSARIO SUTURAR.

M.V. Ma. Daniela Labarca
TP RPP 99

FECHA: 24/06/2024 TITULO: FORMULA MEDICA
I) LYRICA SUSPENSION 20mg/ml (Uso humano) ---------- # 1
Suministrar por la sonda 0.3 ml cada 12 horas por 10 dias.

II) NICILAN 50mg ---------- # 10
Suministrar por la sonda 1 tableta diluida en agua, cada 12 horas por 5 dias.

III) VET SOLUTION RECOVERY GATOS X 100 gm ---------- # 5
Diluir toda la lata en 50 ml de agua, para luego dosificar y suministrar por la sonda 13 ml cada 6 horas por 5 dias.

RECOMENDACION

1) Control cada 24 horas.

2) En caso de reaccion a los medicamentos, estos se deben retirar y la paciente debe ser traida inmediatamente.

3) Recordar que despues de suministrar medicamentos o alimentos, se debe suministrar 5 ml de agua.

_____
CARLOS OSPINA - MP 31610

FECHA: 21/06/2024 TITULO: TFAST Y AFAST
VER ARCHIVO ADJUNTO

FECHA: 20/06/2024 TITULO: HEMOGRAMA
ver archivops adjuntos

FECHA: 20/06/2024 TITULO: PREVENTIVE CARE PROFILE PLUS
ver archivos adjuntos

FECHA: 20/06/2024 TITULO: TEST SIDA Y LEUCEMIA
ver archivo adjunto

CTA. CTE.

16/07/2024

CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 26-BOSTON

Domiciliado en la calle: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA

Localidad: RISARALDA

Fecha	Descripción	Cantidad	Ventas	Pagos	Saldo
20/06/2024	CONSULTA UAM DIURNA - Unit. $37000 - DANIELA RESTREPO	0.00	0	0	0
20/06/2024	*ROTOR CUIDADO PRENTIVO ALB,ALP,ALT,AST,BUN,CA,CL-,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+, TBIL,TC - Unit. $95000 - DANIELA RESTREPO	1.00	95000	0	95000
20/06/2024	HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - DANIELA RESTREPO	1.00	35000	0	130000
20/06/2024	HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - DANIELA RESTREPO	1.00	23400	0	153400
20/06/2024	UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - DANIELA RESTREPO	1.00	24300	0	177700
20/06/2024	*VENOCLISIS MICROGOTEO - Unit. $3000 - DANIELA RESTREPO	1.00	3000	0	180700
20/06/2024	*TEST LEUCEMIA FELV-FIV UND - Unit. $49500 - DANIELA RESTREPO	1.00	49500	0	230200
20/06/2024	*TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO	1.00	500	0	230700
20/06/2024	*SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - DANIELA RESTREPO	1.00	4900	0	235600
20/06/2024	*19 JERINGA 20 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $700 - DANIELA RESTREPO	1.00	700	0	236300
20/06/2024	*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO	6.00	3000	0	239300
20/06/2024	*FORMULA DE CONTROL ESPECIAL - Unit. $15000 - DANIELA RESTREPO	1.00	15000	0	254300
20/06/2024	*EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD - Unit. $1100 - DANIELA RESTREPO	1.00	1100	0	255400
20/06/2024	*CATETER INTRAVENOSO 24 AMARILLO - Unit. $3200 - DANIELA RESTREPO	1.00	3200	0	258600
20/06/2024	*BURETA 150 ML X UND - Unit. $4200 - DANIELA RESTREPO	1.00	4200	0	262800
20/06/2024	*MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - DANIELA RESTREPO	1.00	5300	0	268100
20/06/2024	*COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - DANIELA RESTREPO	3.00	15000	0	283100
20/06/2024	*AMPICILINA + SULBACTAM VIAL 1,5 G - Unit. $7500 - DANIELA RESTREPO	1.00	7500	0	290600
20/06/2024	*FENTANILO 0.05 MG/ML DOSIS X ML - Unit. $1700 - DANIELA RESTREPO	1.50	2550	0	293150
20/06/2024	*QUERCETOL INY DE 0 A 1ML - Unit. $5600 - DANIELA RESTREPO	2.00	11200	0	304350
20/06/2024	*AMINOLYTE SUS INY X ML - Unit. $100 - DANIELA RESTREPO	18.00	1800	0	306150
20/06/2024	ARENA PARA GATOS X LB - Unit. $2800 - DANIELA RESTREPO	1.00	2800	0	308950
20/06/2024	*19 ECOGRAFIA ABDOMINAL - Unit. $110000 - DANIELA RESTREPO	1.00	110000	0	418950
21/06/2024	*19 CUCHILLA BISTURI #15 UNIDAD - Unit. $450 - ORLANDO LEMA	1.00	450	0	419400

Fecha	Descripción	Cantidad	Ventas	Pagos	Saldo
21/06/2024	*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - ORLANDO LEMA	2.00	1000	0	420400
21/06/2024	*19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - ORLANDO LEMA	1.00	350	0	420750
21/06/2024	*SONDA NELATHON NO 16 - Unit. $1200 - ORLANDO LEMA	1.00	1200	0	421950
21/06/2024	*SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 3-0 - Unit. $13500 - ORLANDO LEMA	2.00	27000	0	448950
21/06/2024	*SUTURA N/A 2-0 (UNIDAD) - Unit. $8100 - ORLANDO LEMA	1.00	8100	0	457050
21/06/2024	SUTURA DE HERIDA (PROCEDIMIENTO) - Unit. $118000 - ORLANDO LEMA	1.00	118000	0	575050
21/06/2024	POSICIONAMIENTO SONDA ESOFAGICA PROCEDIMIENTO - Unit. $121500 - ORLANDO LEMA	1.00	121500	0	696550
21/06/2024	*CONSUMIBLES PROCEDIMIENTO - Unit. $41000 - ORLANDO LEMA	1.00	41000	0	737550
21/06/2024	*MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - CARLOS OSPINA	1.00	5300	0	742850
21/06/2024	*COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - CARLOS OSPINA	2.00	10000	0	752850
21/06/2024	*AMINOLYTE SUS INY X ML - Unit. $100 - CARLOS OSPINA	18.00	1800	0	754650
21/06/2024	*CERENIA SUSP INY DE 0 A 0,5 ML - Unit. $13000 - CARLOS OSPINA	1.00	13000	0	767650
21/06/2024	*BUTORMIN INY X ML - Unit. $55000 - CARLOS OSPINA	0.30	16500	0	784150
21/06/2024	HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - CARLOS OSPINA	1.00	35000	0	819150
21/06/2024	HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - CARLOS OSPINA	1.00	23400	0	842550
21/06/2024	*CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $16000 - CARLOS OSPINA	1.00	16000	0	858550
21/06/2024	*SUTURA N/A 2-0 (UNIDAD) - Unit. $8100 - CARLOS OSPINA	1.00	8100	0	866650
22/06/2024	*MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - CARLOS OSPINA	1.00	5300	0	871950
22/06/2024	*COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - CARLOS OSPINA	3.00	15000	0	886950
22/06/2024	*CERENIA SUSP INY DE 0 A 0,5 ML - Unit. $13000 - CARLOS OSPINA	1.00	13000	0	899950
22/06/2024	*BUTORMIN INY X ML - Unit. $55000 - CARLOS OSPINA	0.25	13750	0	913700
22/06/2024	HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - CARLOS OSPINA	1.00	35000	0	948700
22/06/2024	HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - CARLOS OSPINA	1.00	23400	0	972100
23/06/2024	HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	35000	0	1007100
23/06/2024	*CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $16000 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	16000	0	1023100
23/06/2024	*MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	5300	0	1028400
23/06/2024	*COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	5000	0	1033400
23/06/2024	*BUTORMIN INY X ML - Unit. $55000 - SANTIAGO PULGARIN	0.10	5500	0	1038900
24/06/2024	*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - CARLOS OSPINA	1.00	500	0	1039400
24/06/2024	*19 JERINGA 20 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $700 - CARLOS OSPINA	1.00	700	0	1040100
24/06/2024	*MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - CARLOS OSPINA	1.00	5300	0	1045400
24/06/2024	*COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 -	1.00	5000	0	1050400

Fecha	Descripción	Cantidad	Ventas	Pagos	Saldo
24/06/2024	CARLOS OSPINA *TRAMADOL 50MG/ML AMPLL X 2 ML - Unit. $2000 - CARLOS OSPINA	1.00	2000	0	1052400

Moneda: $

SALDO: 1052400

Alcaldía de PEREIRA

CONCEPTO TÉCNICO

Versión: 1

Fecha de vigencia: 12/02/2024

INFORMACION DEL PREDIO	
Corregimiento:	BARRIO
Vereda:	BOSTÓN
Nombre Finca:	
Ficha catastral:	
Coordenadas: N:	W:

INFORMACION DEL PROPIETARIO	
Nombres:	ANDRES
Apellidos:	VARGAS
Cédula N°	
Tel fijo:	Celular: 3226852518

Fecha visita: DD/MM/AAAA

Diario de Labores N°:

COMPONENTE: BIENESTAR ANIMAL

ASUNTO: ATENCIÓN MÉDICA FELINO POLITRAUMATIZADO (SIN NOMBRE).

DESCRIPCION: ANTECEDENTES: FELINO POLITRAUMATIZADO POR ATROPELLAMIENTO EN EL BARRIO BOSTÓN.

OBSERVACIONES : EL FELINO SE ENCUENTRA CON SIGNOS DE DOLOR CONSIDERABLES Y CON SANGRADO EXCESIVO POR NARIZ Y CAVIDAD ORAL.
EL FELINO YA HA PERDIDO BASTANTE SANGRE.

CONCLUSIONES:

- FELINO POLITRAUMATIZADO
- PÉRDIDA SANGUÍNEA.

RECOMENDACIONES:

- REALIZAR TODOS LOS PROCEDIMIENTOS CORRESPONDIENTES.
- BRINDAR INFORMACIÓN AL PATRULLERO ANDRÉS VARGAS → 3226852518

Nota. Este concepto se complementa con registro fotográfico

NOMBRE DEL TÉCNICO: FRANK ARBELÁEZ **FIRMA** _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES DE LA RED PÚBLICA VETERINARIA

Yo Jaiver andres cardos identificado con cédula de ciudadanía número 1092222775 de Santa Rosa de C. en calidad de tutor de Boston., especie Felino, raza Mix, sexo M X H ____, de 5 aprox años, con 3.6kg Kg de peso e historia clínica número 2562. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud de mi mascota por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar la salud del paciente.

Comprendo que los gastos derivados de la presente atención serán asumidos de manera parcial por la secretaria de desarrollo rural del municipio de Pereira a través de un convenio de cooperación suscrito con la clínica Visión de las Américas, por lo que dicha secretaria podrá solicitar información sobre los avances del tratamiento, historia clínica e imágenes del paciente y definirá el monto máximo por el cual se prestará el servicio. En caso que los costos excedan el tope por ellos establecidos, yo como tutor deberé asumir los costos adicionales del tratamiento del paciente en este u otro centro veterinario de mi elección.

he recibido y entendido la información sobre las posibles necesidades de atención de mi paciente que incluyen hospitalización, diagnóstico por imágenes, diagnósticos de laboratorio, cirugía, consulta especializada, suministro de medicamentos-quimioterapéuticos-transfusiones y en el peor de los casos eutanasia, y de necesitar ser anestesiado o tranquilizado comprendo que la **CLASIFICACIÓN DE RIESGO ANESTÉSICO ASA** de mi mascota es I. entiendo que, dentro de los riesgos posibles y efectos colaterales del procedimiento a realizarse se encuentran: Riesgo anestesico - Infeccion - dehisencia puntos

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual

del/la paciente 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.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados conforme a los protocolos médicos, quirúrgicos y de bienestar animal. En caso de agravamiento de la enfermedad o perdida de la calidad de vida, autorizo a los profesionales de la **Institución Universitaria Visión de las Américas** para aplicar la eutanasia en caso de yo no estar presente, siempre y cuando se me solicite autorización previa y pueda hacerlo por mensaje de texto o e-mail.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste, tampoco se hace responsable de los daños a terceros. Así mismo, autorizo a la **Institución Universitaria Visión de las Américas** de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellos que por negligencia de su propietario permanezcan sin autorización de tratamiento dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico y requerimientos o 2 días después de notificada la salida del paciente sin que nadie se presente a recogerlo, evento en el cual la **Institución Universitaria Visión de las Américas** podrá libremente disponer del paciente y el Tutor o responsable no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra la clínica o el médico veterinario.

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución.

He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

Autorizo la obtención, divulgación y publicación de imágenes y datos de la historia clínica del paciente por parte de la Institución Universitaria Visión de las Américas con fines académicos y/o para difusión en redes sociales.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de la **Institución Universitaria Visión de las Américas**.

En contraparte yo Angelica Velez H. con tarjeta profesional número 13516 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

Para constancia se firma el 20 de Jun del 20 24.

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el paciente.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 20 de Jun del 20 24

Jaime Andrés Varela **MP:**
Propietario/acudiente:
CC: 1094222775
Tel: 3226853258
Patrullero de la policía Nal.

Angelica Velez H.
Médico Veterinario:
Mp. 13316

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

Precio #3

CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de ingreso: 20 JUNIO 24. Sexo: M X H ☒ Peso: 3,6 kg Cta $ _____

Paciente: Boston J # HC: 25602 Especie: Felino Médico tratante: M. D. L.

Diagnostico presuntivo: Traumatismo - Fractura Maxilar Palatina Edad: 5 años aprox Obs. _____

FECHA	MEDICAMENTO	FRE	VIA	MG/KG	DOSIS ML	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
20/06	Meloxicam 0,5%	24h	IV	0,2 mg	0,14ml														⊗										
	Cefivet	12h	IV	15 mg	0.1 ml															⊗								⊗	
	Ampi+sulb	8h	IV	20mg	0.2ml															⊗								⊗	
	fentanilo	DI	IV	0.003mg	0.1ml															⊗									
	fentanilo	6h	IVI	0.002mg	1 ml																⊗	⊗	⊗	○	○	○			
	QUERCETOL	12H	IV		0.3ml															⊗									
	Aminolyte	24h	IV	5ml/kg	18 ml																						⊗		
21 Jun	Melo dol 0,5%	24h	SC	0,1mg/kg	0,01ml														⊗										
	Dipirona	8h	IV	15mg/kg	0,1ml							⊗								⊗								⊗	
	Amp + Sulba	8h	IV	20mg/kg	0,2ml							⊗								⊗								⊗	
	Quercetol	12h	IV	6.25mg/kg	0,2 ml			⊗												⊗									
	Aminolyte	24h	IV	5ml/kg	18ml																						⊗		
	Cerenia	24h	IV	1mg/kg	0,4ml								⊗																
	Butorfanol	c/6 HS	IV	0,2mg	0.07												⊗						⊗						⊗
22/JUN	MELODOL 0,5%	24h	SC	0,1	0,07														⊗										
	DIPIRONA	8h	IV	15	0,1							⊗								⊗								⊗	
	AMP + SULBA	8h	IV	20	0,2							⊗								⊗								⊗	
	AMINOLITE	24h	IV	Sol/																									
	CERENIA	24h	IV	1	0,4								⊗																
	BUTORFANOL	6h	IV	0,2	0,07						⊖						⊗						⊗						⊗
	ALIMENTACION	6h	PO	—	Sol	⊗						⊗						⊖						⊗					
23/06	MELODOL 0,5%	SID	SC/IV	0,1	0,07														⊗										
	DIPIRONA	TID	IV	15	0,1							⊗								⊖								⊗	
	AMP + SULBA	TID	IV	20	0,2							⊗								⊗								⊗	
	CERENIA	SID	IV	1	0,4								⊖																
	BUTORFANOL	QID	IV	0,2	0,07						⊗						⊖						⊖						⊖
	ALIMENTACION	QID			Sol	⊗						⊗						⊖						⊗					
	LIRICA	BID	VO	2mg	0.3ml												⊗												⊗

Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:

Programado O
Aplicado X

Clí[illegible]a Veterinaria Visión de las Amé[illegible]as

Exámen físico diario paciente hospitalizado

Paciente: Boston Numero de HC: 2562 Peso de ingreso: 3.6kg

Ingresa: 20/06/2024 Obs: Convenio Alcaldia

FECHA	20/06																
HORA	5:00	2:30	2:30	22/06	22/06	23/06	24/06										
PARAMETRO	PM	4:15am	5:00pm	06:00 AM	4:30	3:00	6:00										
T°	37°C	38.1°C	37,5°C	38,1	37.1°C	37°C	37,3°										
FC	148	160	180	160	180	128	116										
FR	24	28	32	24	28	20	28										
PULSO	F	F/C	F	F/C	F	F	F/C										
MUCOSAS	R	R/H	RP	R	R	R	R										
TLLC	—	—	—	2"	2s	2s	2s										
COME	No	NO	SONDA	SONDA	sonda	sonda	sonda										
BEBE	No	NO	NO	NO			sonda										
VOMITO	No	NO	NO	NO	NO	NO	NO										
HECES	No	NO	NO	NO	No		NO										
MICCION	No	SI? poco	SI	SI	No		NO										
PESO	3,6Kg				—	—											
PRESION ARTERIAL MEDIA	83mmhg	82	75		—	—											
% DESHIDRATACION					No	NO											
FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex					R	—											
Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm					60ml	—											
Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am																	
SCORE GLASGOW *dolor	6/20					2/20											
SCORE GLASGOW *neuro																	
REALIZADO POR *iniciales	NDLB	DRM	LJRV	CAQ	NDLB	NDLB	SPJ										
PENDIENTES	S:108 D:76 SPO2	111 72 98.1	S:111 D:65 99%														
OBSERVACIONES																	

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de ingreso: 20 jun 24.
Paciente: BOSTON # HC: 2562
Diagnostico presuntivo: TRAUMATISMO - FRACTURA PALADAR.

Sexo: M___ H___
Especie: FELINO
Edad: 5 AÑOS APROX.

Peso: 3,6 Kg Cta $ 3.
Médico tratante: M.b.l
Obs.

FECHA	MEDICAMENTO	FRE	VIA	MG/KG	DOSIS ML	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
24/06	MELOXOL 0,05	SID	IV/SC	0,05	0,035														X										
	COLIVET	BID	IV	15	0,1							X																	
	AMP + SULBS	TID	IV	20	0,2							X								X									
	ALIMENTACIÓN					X						X						X											
	LYRICA SOL.	BID	SONDA	2	0,3												X												
	TRAMADOL	BID	IV	2	0,15										X														
								ALTA MÉDICA																					

Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:

Programado O
Aplicado X

Clín. a Veterinaria Visión de las Amé: as

Exámen físico diario paciente hospitalizado

Paciente: _____ Numero de HC: _____ Peso de ingreso: _____

Ingresa: _____ Obs: _____

FECHA																
HORA																
PARAMETRO																
T°																
FC																
FR																
PULSO																
MUCOSAS																
TLLC																
COME																
BEBE																
VOMITO																
HECES																
MICCION																
PESO																
PRESION ARTERIAL MEDIA																
% DESHIDRATACION																
FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex																
Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm																
Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am																
SCORE GLASGOW *dolor																
SCORE GLASGOW *neuro																
REALIZADO POR *iniciales																
PENDIENTES																
OBSERVACIONES																

CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

PACIENTE: Boston	FECHA	FECHA		FECHA
ARTICULO	20/06	21/06	22/06	
ARENA PARA GATOS X LB	1			
ACIFLUX TAB 500 MG				
BATA BLANCA DESECHA.				
BURETA 150 ML X UND	1			
CANULA NASAL DE OXIGENO				
CATETER IV 18				
CATETER IV 20 ROSADO				
CATETER IV 22 AZUL				
CATETER IV 24 AMARILLO	1			
COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND				
CONSUMIBLES HOSPITAL				
COPITO MADERA ESTERIL				
CUCHILLA BISTURI # 15		1		
CUCHILLA BISTURI #				
ENTEREX POLVO X 8 GR				
EQUIPO PERICRANEAL 21G	1			
EXTENCION PARA ANESTAESIA				
FCO GOTERO X ___ ML				
FCO RECOLECTOR COPRO.				
FCO RECOLECTOR ORINA				
FORMULA DE CONTROL ESPE.	1			
GUANTES QX ESTERIL 7,5				
GUANTES QX ESTERIL 6,5				
JERINGA PUNTA CATE.				
JERINGA 1 ML	2+3	1H	1	
JERINGA 10 ML				
JERINGA 20 ML	1		1	
JERINGA 2-3 ML		1		
JERINGA 5 ML				
JERINGA 50 ML				
KIT MICRONEBULIZACION				
LATA C/N 156 G				

# HC 2562	FECHA		FECHA	FECHA
ARTICULO	20/06			
LATA CANINE I/D 13 OZ				
LATA E/N CANINO 377 G				
LATA FELINO I/D 5.5 OZ				
LATA HA CANINE X 377 GR				
LLAVE DE TRES VIAS				
MILPRO ADULTO 16MG/40MG				
MILPRO CACHORRO TAB				
OXIGENO MEDICINAL (PARED)				
OXIGENOTERAPIA CONCENTRA.				
SET DE TRANSFUSION SANGRE				
SOL. DEXTROSA 5% 500 ML				
SOLUCION CLORURO X 100ML				
SOLUCION CLORURO X 500ML				
SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML	1			
SONDA FOLEY 2 VIAS #				
SONDA LEVIN NASOGA. #				
SONDA NELATHON # 16		1		
SONDA NELATHON #				
SONDA URINARIA FELINO				
SUPRASOB A COMPRESA				
SUT. AC POLIGLICOLICO #	3-0/0	1/1		
SUT. POLIDIOXANONA #				
SUT. POLIGALACTINA #				
SUTURA N/A # 3-0	1	1		
TAPON HEPARINIZADO	1			
TEST DE FLUORESCEINA				
TEST DE LEUCEMIA	1			
TEST DE MOQUILLO				
TEST DE PARVOVIRUS				
TEST DE SCHIMER TIRILLA				
TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt				
TIRA PARA CETONA EN SANGRE				

		FECHA	FECHA	FECHA
ARTICULO	20/06	21/06	22/06	23/06
TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI				
TUBO ENDOTRAQUEAL #				
TUBO ENDOTRAQUEAL #				
VENDA COBAN PET-FLEX				
VENDA TELA O GASA 4X5 UND				
VENOCLISIS MACROGOTEO				
VENOCLISIS MICROGOTEO	1			
VLIWASORB APOSITO				
VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA)				
CITOLOGIA				
ECOGRAFIA ABDOMINAL				
ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE				
HEMOGRAMA UAM	1			
HIDRATACION	1	1	1	
HISTOPATOLOGIA				
HOSPITALIZACION	1	1	1	1
NEBULIZACION				
REPORTE RADIOGRAFICO				
SERVICIOS Y OTROS				
Rotor prevent.	1			

CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZAL

PACIENTE:	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	# HC	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
ARTICULO					ARTICULO					ARTICULO				
ARENA PARA GATOS X LB					LATA CANINE I/D 13 OZ					TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI				
ACIFLUX TAB 500 MG					LATA E/N CANINO 377 G					TUBO ENDOTRAQUEAL #				
BATA BLANCA DESECHA.					LATA FELINO I/D 5.5 OZ					TUBO ENDOTRAQUEAL #				
BURETA 150 ML X UND					LATA HA CANINE X 377 GR					VENDA COBAN PET-FLEX				
CANULA NASAL DE OXIGENO					LLAVE DE TRES VIAS					VENDA TELA O GASA 4X5 UND				
CATETER IV 18					MILPRO ADULTO 16MG/40MG					VENOCLISIS MACROGOTEO				
CATETER IV 20 ROSADO					MILPRO CACHORRO TAB					VENOCLISIS MICROGOTEO				
CATETER IV 22 AZUL					OXIGENO MEDICINAL (PARED)					VLIWASORB APOSITO				
CATETER IV 24 AMARILLO					OXIGENOTERAPIA CONCENTRA.					VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA)				
COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND					SET DE TRANSFUSION SANGRE					**CITOLOGIA**				
CONSUMIBLES HOSPITAL					SOL. DEXTROSA 5% 500 ML					**ECOGRAFIA ABDOMINAL**				
COPITO MADERA ESTERIL					SOLUCION CLORURO X 100ML					**ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE**				
CUCHILLA BISTURI #					SOLUCION CLORURO X 500ML					**HEMOGRAMA UAM**				
CUCHILLA BISTURI #					SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML					**HIDRATACION**				
ENTEREX POLVO X 8 GR					SONDA FOLEY 2 VIAS #					**HISTOPATOLOGIA**				
EQUIPO PERICRANEAL 21G					SONDA LEVIN NASOGA. #					**HOSPITALIZACION**				
EXTENCION PARA ANESTAESIA					SONDA NELATHON #					**NEBULIZACION**				
FCO GOTERO X ____ ML					SONDA NELATHON #					**REPORTE RADIOGRAFICO**				
FCO RECOLECTOR COPRO.					SONDA URINARIA FELINO					**SERVICIOS Y OTROS**				
FCO RECOLECTOR ORINA					SUPRASOB A COMPRESA									
FORMULA DE CONTROL ESPE.					SUT. AC POLIGLICOLICO #									
GUANTES QX ESTERIL 7,5					SUT. POLIDIOXANONA #									
GUANTES QX ESTERIL 6,5					SUT. POLIGALACTINA #									
JERINGA PUNTA CATE.					SUTURA N/A #									
JERINGA 1 ML					TAPON HEPARINIZADO									
JERINGA 10 ML					TEST DE FLUORESCEINA									
JERINGA 20 ML					TEST DE LEUCEMIA									
JERINGA 2-3 ML					TEST DE MOQUILLO									
JERINGA 5 ML					TEST DE PARVOVIRUS									
JERINGA 50 ML					TEST DE SCHIMER TIRILLA									
KIT MICRONEBULIZACION					TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt									
LATA C/N 156 G					TIRA PARA CETONA EN SANGRE									

Institución Universitaria Visión de las Américas
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia
Clínica Veterinaria

REGISTRO DE ENTREGA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS DE LA RED PUBLICA VETERINARIA

Yo, Joan Esteban Rodriguez Villa identificado con cedula de ciudadanía número 1006324314 de Pereira entiendo que Boston identificada con historia clínica número 2562, ha terminado su proceso de hospitalización y tiene alta médica, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa.

Además, a partir de este momento me hago responsable económicamente de Boston. tanto en su manutención como de sus gastos médicos que pueden incluir radiografías, ecografías, exámenes de sangre y/o procedimientos adicionales a los que ya se le han practicado.

Certifico que el/la paciente recibió la atención primaria que requería, fue sometida a procedimientos quirúrgicos y servicios hospitalarios por valor de $ 1.052.400, y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de estos servicios.

Comprendo que en caso de no seguir el plan de terapéutico instaurado y las recomendaciones pos quirúrgicas dadas por los médicos puede haber complicaciones tales como:
Infeccion - dehiscencia.

Soy consciente de estos riesgos, he comprendido la información suministrada por ende me comprometo a seguir al pie de la letra las recomendaciones recibidas y la recuperación del/la paciente está ahora bajo mi propia responsabilidad y en constancia de ello firmo libre y voluntariamente.

Yo, Carlos Ospina en calidad de médico veterinario certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas y riesgos a los que el paciente puede estar expuesto al dar alta médica, he contestado todas las preguntas y considero que el tutor comprende todo lo explicado.

Propietario/acudiente:
CC: 1006324314

Médico Veterinario:
M.P: 31610

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 24 de 06 de 24.

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable del/la paciente.

Clinica Veterinaria UAM
Avenida Circunvalar #9-67.
Pereira, Risaralda - Colombia
320303-ext 6024

zoetis

Boston

ID del paciente: 2562

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 23/06/2020
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Hembra
Raza: Mestizo
Doctor: Desconocido/a

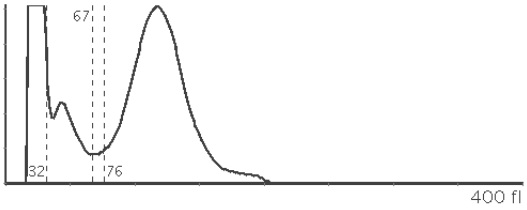
Hematología

Fecha: 20/06/2024 03:25 PM N° de serie del analizador: 360017749

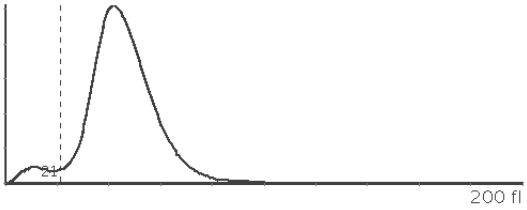
	RESULTADO	BAJO	NORMAL	ALTO
LEU Leucocitos/Glóbulos blancos	8.37 10^3/µl		3.5 – 20.7	
LIN Linfocito	1.53 10^3/µl		0.83 – 9.1	
MON Monocito	0.22 10^3/µl		0.09 – 1.21	
NEU Neutrófilo	6.59 10^3/µl		1.63 – 13.37	
EOS Eosinófilo	0.03 10^3/µl		0.02 – 0.49	
BAS Basófilo	0.00 10^3/µl		0.0 – 0.2	
LIN% Linfocito (%)	18.3 %			
MON% Monocito (%)	2.6 %			
NEU% Neutrófilo (%)	78.7 %			
EOS% Eosinófilo (%)	0.4 %			
BAS% Basófilo (%)	0.1 %			
ERI Eritrocitos/Glóbulos rojos	10.14 10^6/µl		7.7 – 12.8	

	RESULTADO	BAJO	NORMAL	ALTO
Hb Hemoglobina	14.2 g/dl		10.0 – 17.0	
Hto Hematocrito	42.94 %		33.7 – 55.4	
VCM Volumen corpuscular medio	42 fl		35.0 – 52.0	
HCM Hemoglobina corpuscular media	14.0 pg		10.0 – 16.9	
CHCM Concentración de HCM	33.0 g/dl		27.0 – 35.0	
RDWc Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación	26.1 %		18.3 – 24.1	ALTO
RDWs Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar	35.9 fl			
PLT Plaquetas	675 10^3/µl		125.0 – 618.0	ALTO
VPM Volumen plaquetario medio	10.7 fl		8.6 – 14.9	
PCT Plaquetocrito	0.72 %			
PDWc Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación	37.2 %			
PDWs Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar	16.4 fl			

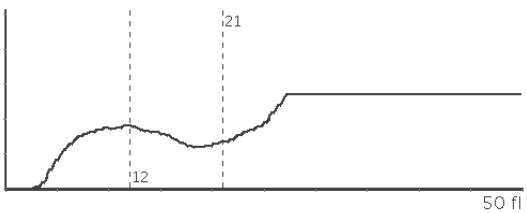
Histograma: LEU



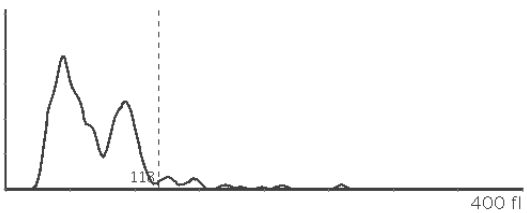
Histograma: ERI



Histograma: PLT



Histograma: EOS



Clinica Veterinaria UAM
Avenida Circunvalar #9-67.
Pereira, Risaralda - Colombia
320303-ext 6024

zoetis

Boston

ID del paciente: 2562

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 23/06/2020
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Hembra
Raza: Mestizo
Doctor: Desconocido/a

Preventive Care Profile Plus

Fecha: 20/06/2024 03:23 PM N° de serie del analizador: 0000V20583 Lote: 3422BC2

	RESULTADO		BAJO	NORMAL	ALTO
BUN Nitrógeno ureico en sangre	16	mg/dL		10.0 – 30.0	
CRE Creatinina	2.0	mg/dL		0.3 – 2.1	
ALT Alanina aminotransferasa	49	U/L		20.0 – 100.0	
ALP Fosfatasa alcalina	26	U/L		10.0 – 90.0	
AST Aspartato aminotransferasa	38	U/L		12.0 – 43.0	
TBIL Bilirrubina total	0.3	mg/dL		0.1 – 0.6	
GLU Glucosa	218 *	mg/dL		70.0 – 150.0	ALTO
CA Calcio	9.4	mg/dL		8.0 – 11.8	
TP Proteinas totales	6.7	g/dL		5.4 – 8.2	
ALB Albúmina	3.1	g/dL		2.2 – 4.4	
GLOB Globulina	3.6	g/dL		1.5 – 5.7	
NA+ Sodio	143	mmol/L		142.0 – 164.0	
K+ Potasio	4.4	mmol/L		3.7 – 5.8	
CL- Cloruros	116	mmol/L		99.0 – 122.0	
tCO2 Dióxido de carbono total	15	mmol/L		15.0 – 24.0	

Hemólisis
0

Lipemia
0

Ictericia
0

ABD

Nombre del paciente: Boston

Especie: Felino

Raza: Dpc

Edad: 3 años

Propietario: Bioparque Ukumarí

Médico veterinario remitente y MP: Daniela Labarca

Centro veterinario remitente: Clínica Veterinaria Visión de las Américas

Fecha de ultrasonografía y reporte: 20-Junio-2024

COMENTARIOS:

PACIENTE REMITIDA PARA ECOGRAFIA POR POLITRAUMATISMO, AL MOMENTO DE LA ECOGRAFIA ABDOMINAL NO SE EVIDENCIA LIQUIDO LIBRE EN NINGUN CUADRANTE, ESTO NO DESCARTA NINGUN TIPO DE LESION, SE SUGIERE REALIZAR SEGUIMIENTO ECOGRÁFICO CADA 24 HORAS.

VEJIGA: Pared regular, con contenido anecoico compatible con orina en moderada cantidad, pared con grosor de 1.69mm, se evidencia trígono y uretra sin obstrucción, ubicada en abdomen caudoventral, **se evidencia sedimento urinario mineralizado en leve cantidad.**

BAZO: Bordes lisos, regulares, definidos, parénquima con ecogenicidad conservada, homogéneo, se evidencia hilio esplénico con tamaño aproximado de 6.96mm y arquitectura vascular sin alteraciones evidentes.

RIÑONES: Tamaño de riñón izquierdo 27.4mm*15.8mm, tamaño de riñón derecho 26.4mm*19.5mm, la corteza renal es más ecogénica que la médula, su imagen y relación sugieren relación cortico medular diferenciada.

ESTOMAGO: Pared definida, regular, pared con grosor de 3.17mm, estratificación diferenciada, fundus gástrico regular con contenido en su interior y abundante gas.

ABD

HIGADO: Bordes lisos, regulares, definidos y redondeados, parénquima con ecogenicidad conservada, homogéneo, arquitectura vascular sin alteraciones evidentes.

VESICULA BILIAR: Bordes definidos, paredes hiperecogénicas, se evidencia presencia de contenido anecoico en su interior sugerente de bilis, pared de vesícula biliar con grosor de 1.31mm.

INTESTINO: Intestino delgado con serosa hiperecoica, lisa, mucosa hipoecoica, patrón mucoso y gaseoso, peristaltismo presente, pared de intestino delgado con grosor de 3.0mm, se evidencia colon con contenido de gas en su interior y pared con grosor de 2.55mm.

PANCREAS: Se evidencia con bordes regulares, parénquima de ecotextura homogénea, ecogenicidad conservada.

INTERPRETACION ECOGRAFICA:

- Hepatomegalia moderada, se sugiere seguimiento ecográfico con énfasis hepático y pruebas complementarias de función.
- **TÓRAX:** Se evidencian líneas A en ambos hemitórax sugerentes de pulmón seco.

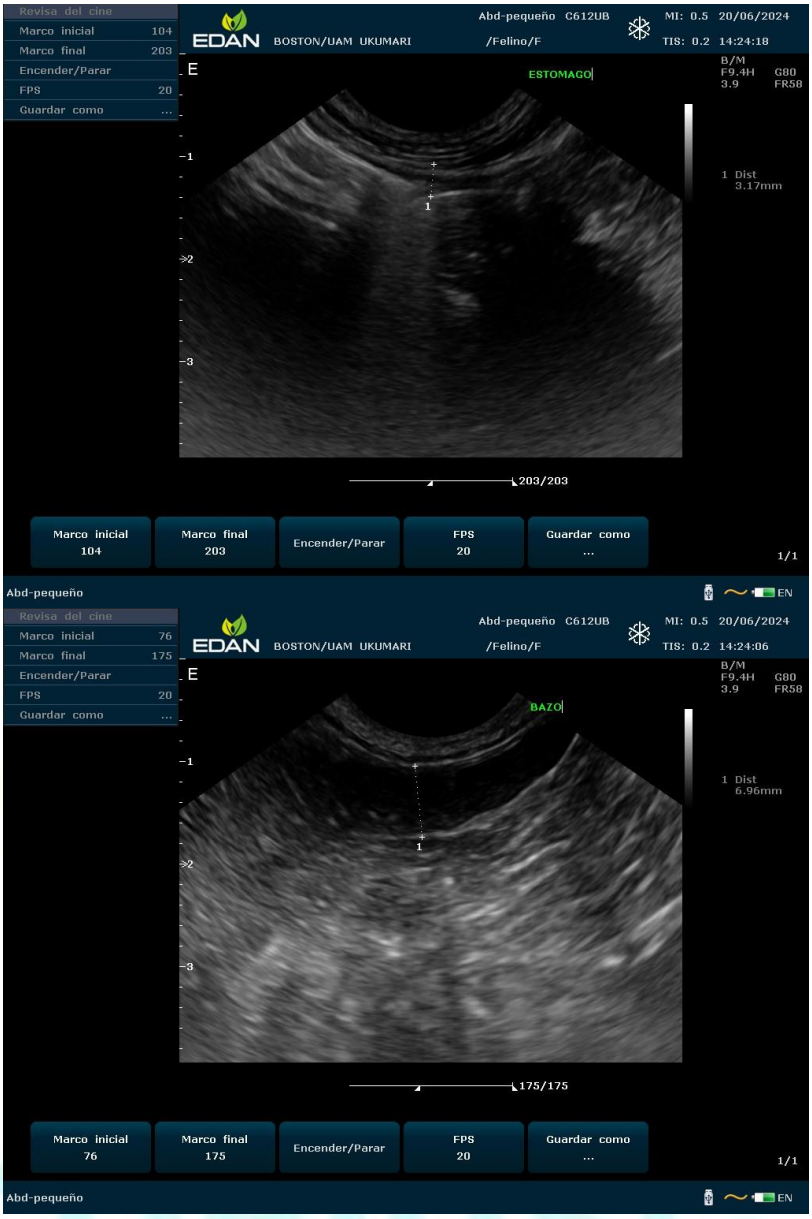
El examen y los hallazgos ecográficos corresponden al 20/Junio/2024.

CORRELACION DE RESULTADOS CON CLINICA DEL PACIENTE Y MANEJO POR PARTE DEL MEDICO VETERINARIO TRATANTE.

EcoPlusG
Caninos y Felinos

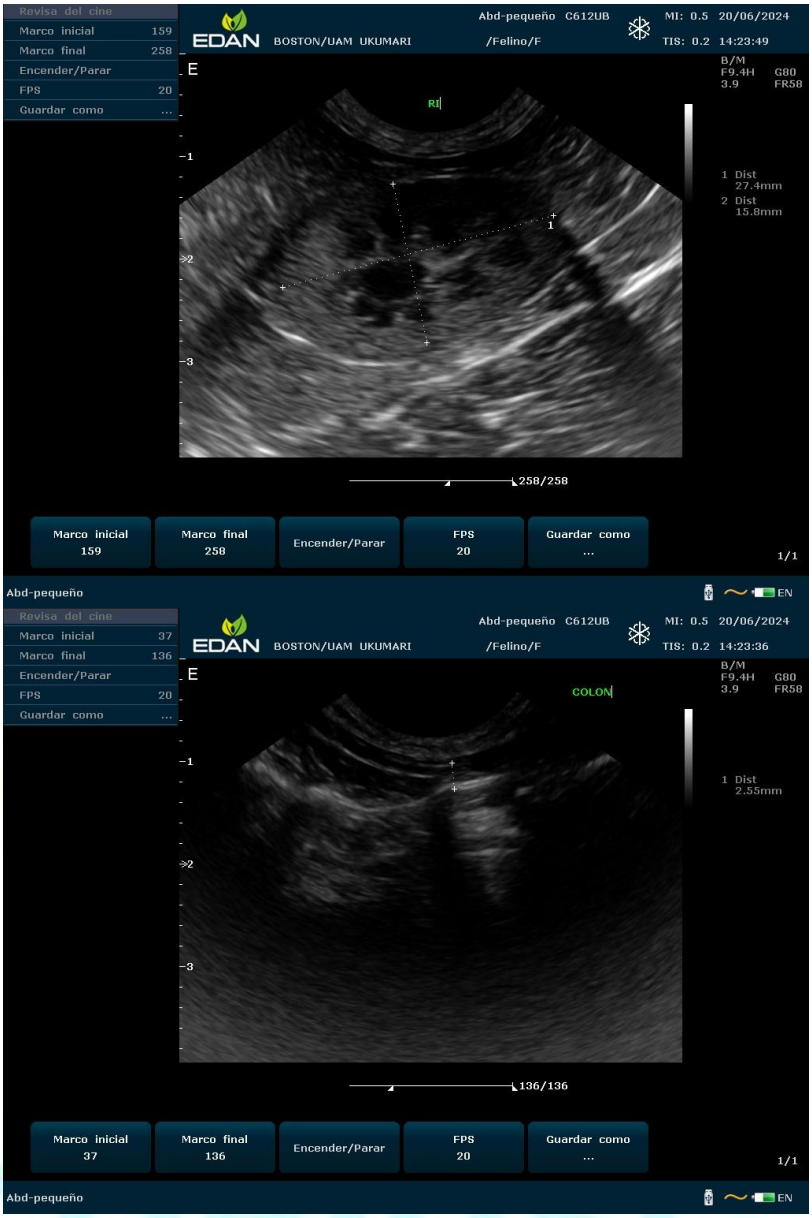
Celular: 322-306-9962
Instagram: ecoplusgvet
Diagnóstico por ecografía a domicilio en el Eje Cafetero.

ABD



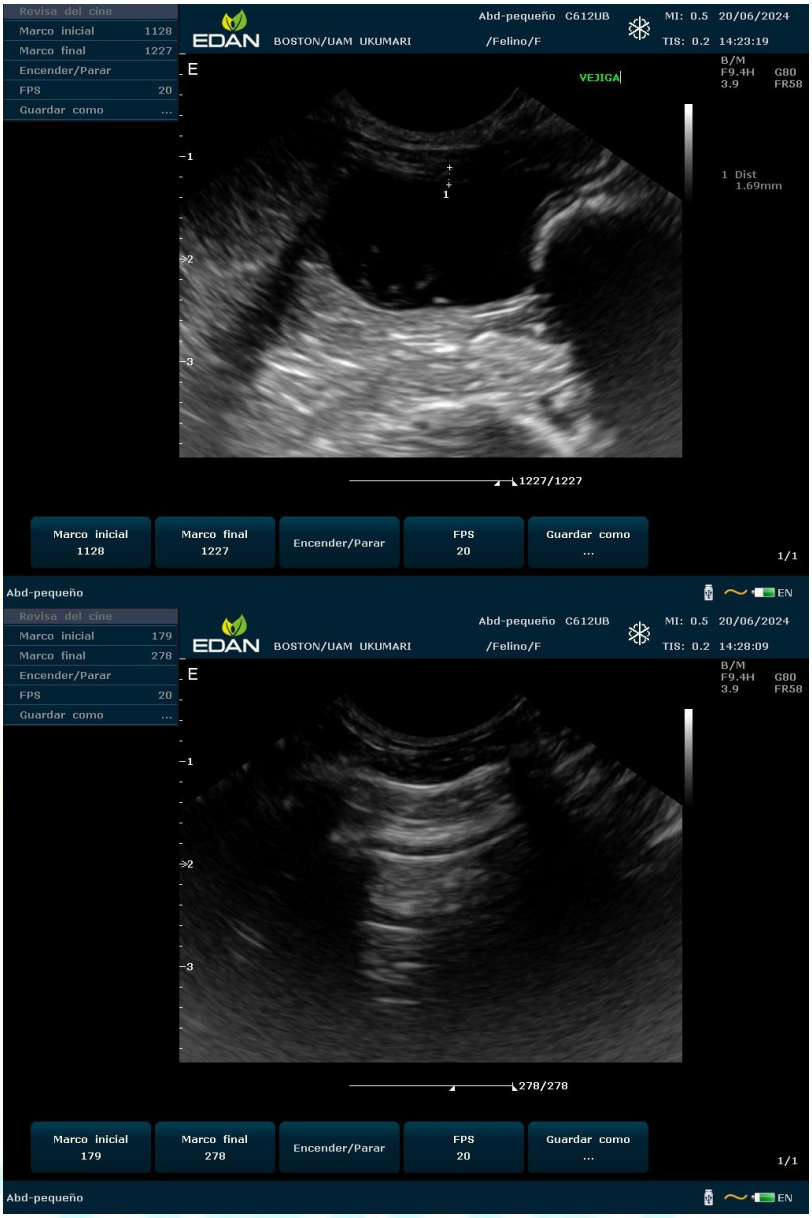
Celular: 322-306-9962
Instagram: ecoplusgvet
Diagnóstico por ecografía a domicilio en el Eje Cafetero.

ABD



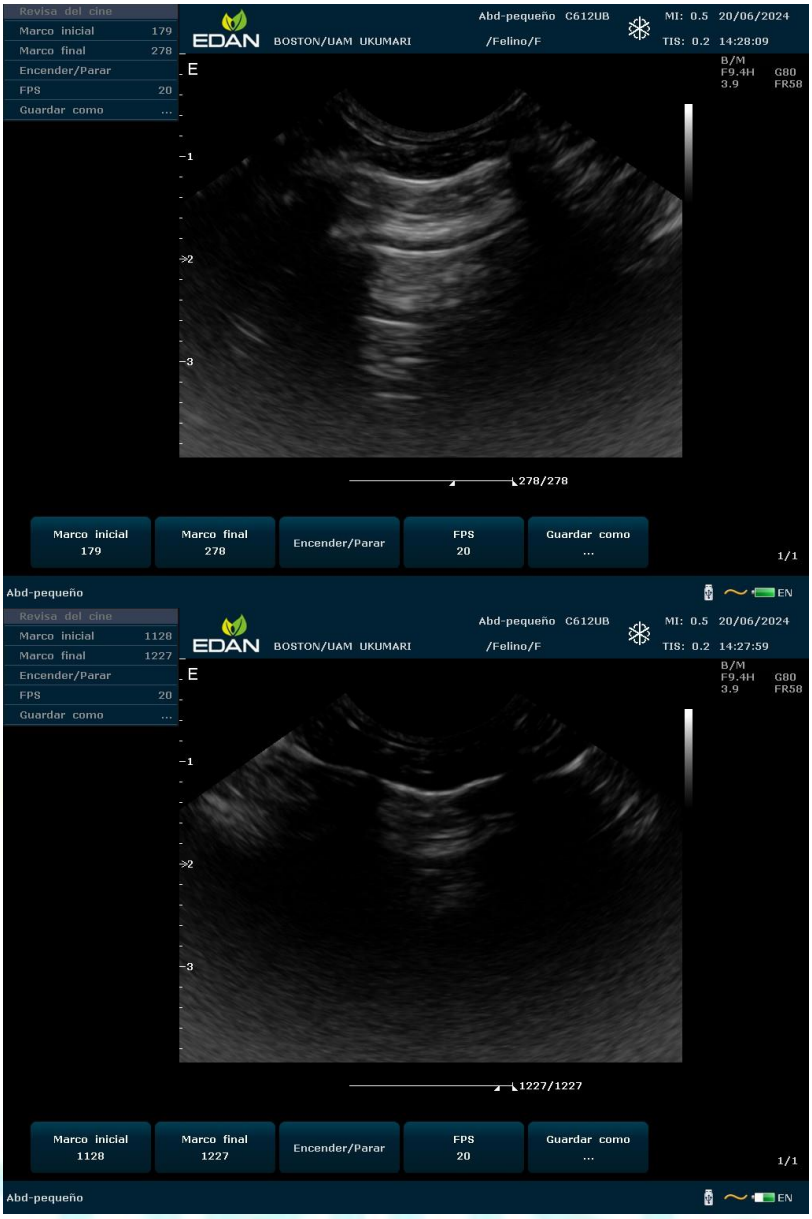
Celular: 322-306-9962
Instagram: ecoplusgvet
Diagnóstico por ecografía a domicilio en el Eje Cafetero.

ABD



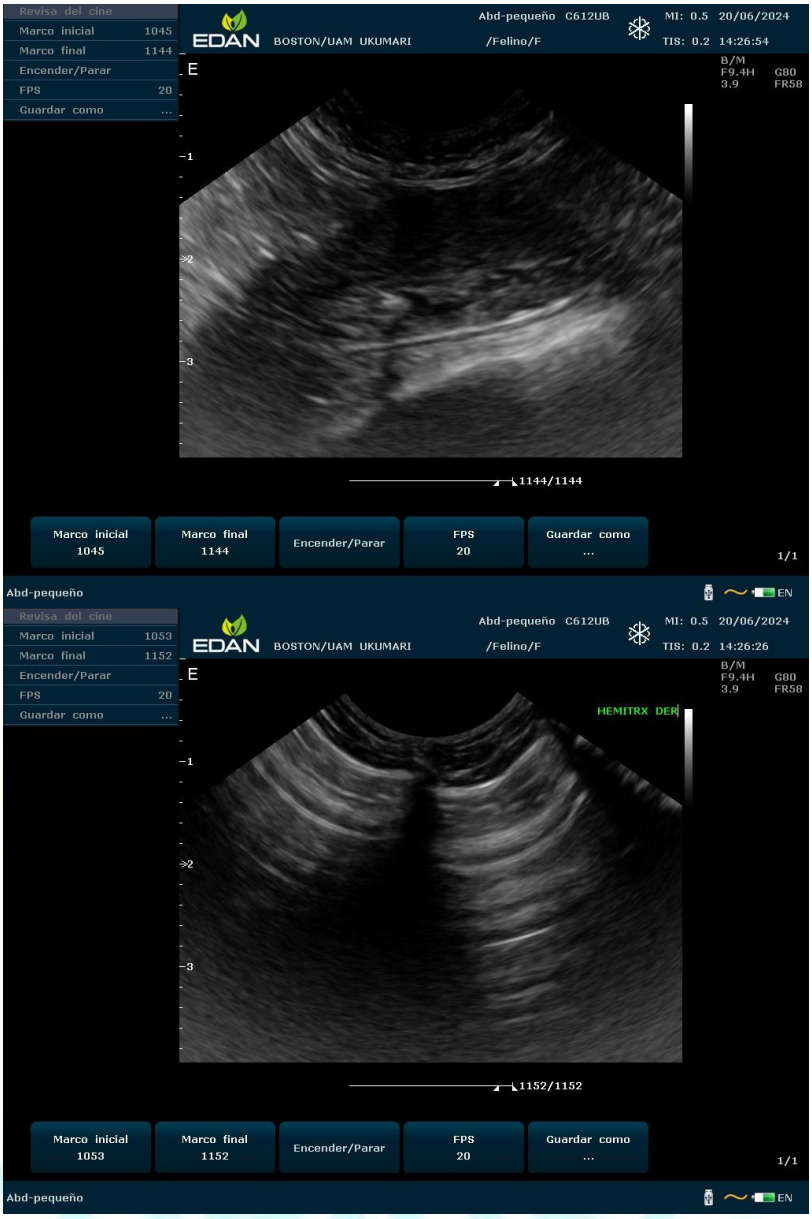
Celular: 322-306-9962
Instagram: ecoplusgvet
Diagnóstico por ecografía a domicilio en el Eje Cafetero.

ABD



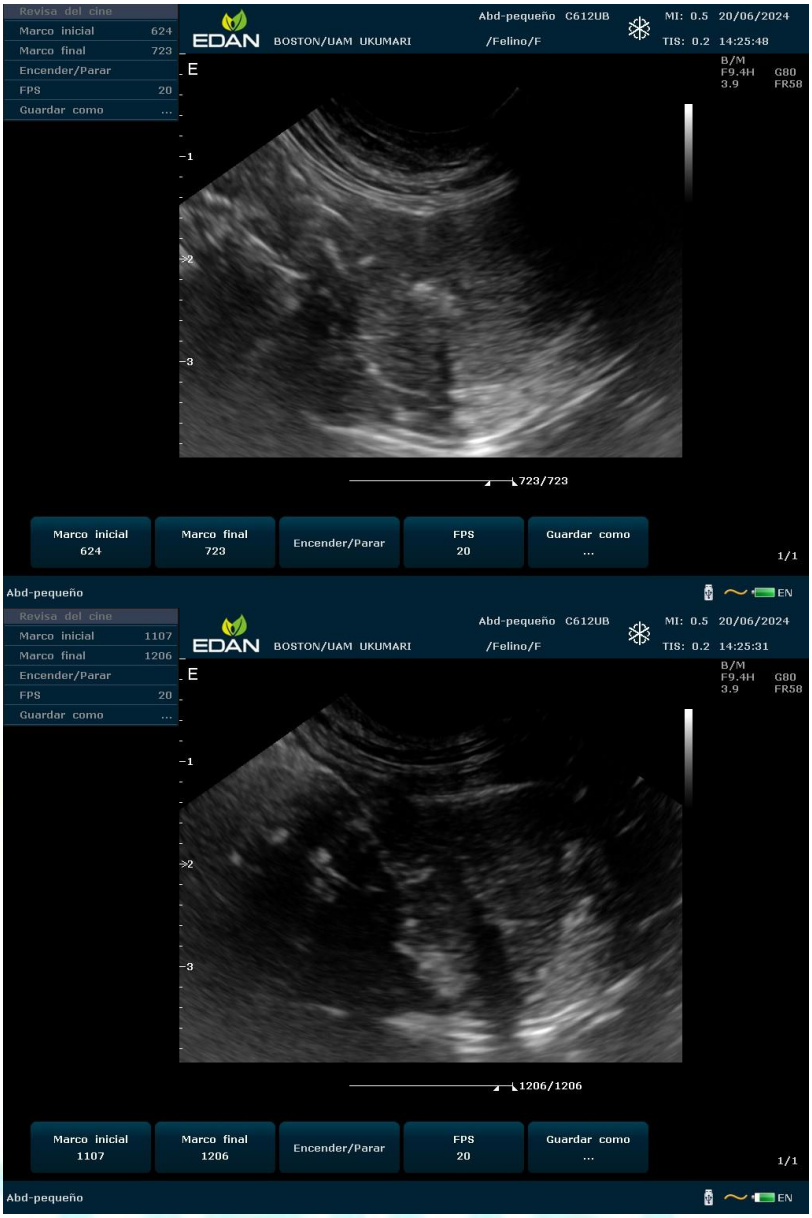
Celular: 322-306-9962
Instagram: ecoplusgvet
Diagnóstico por ecografía a domicilio en el Eje Cafetero.

ABD



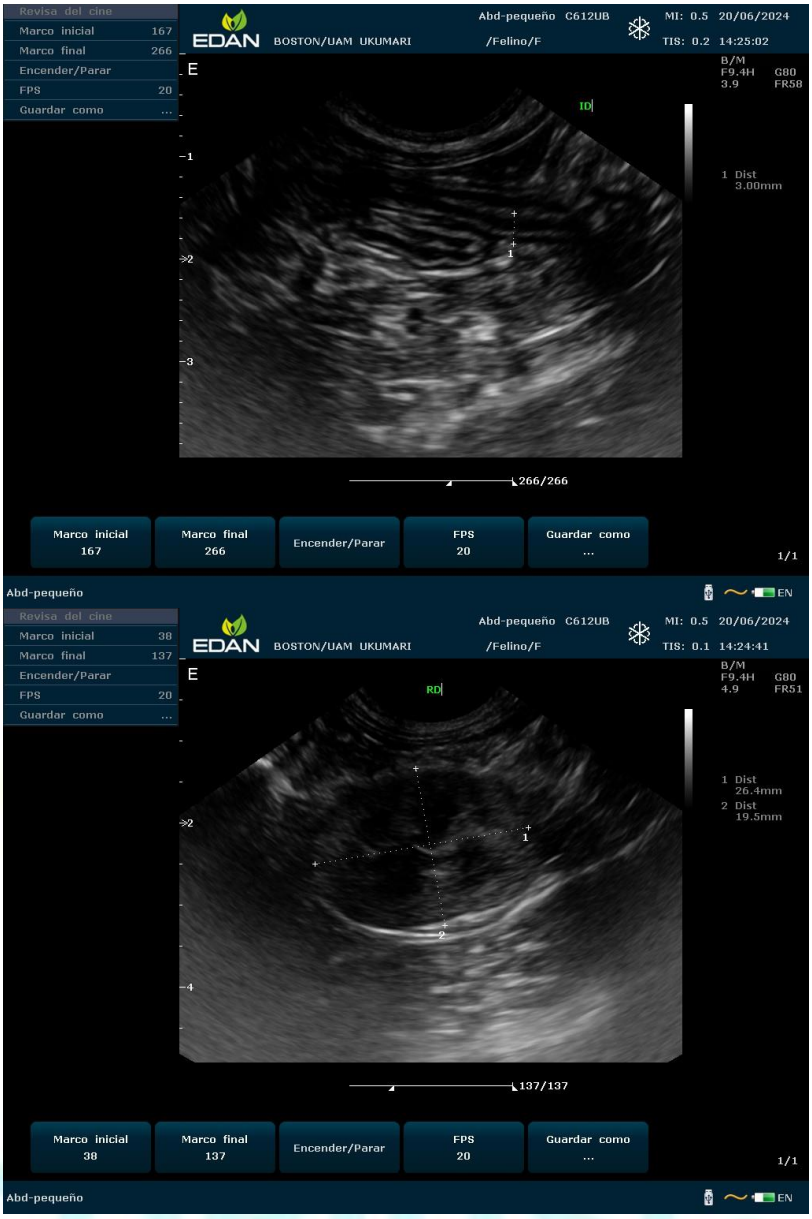
Celular: 322-306-9962
Instagram: ecoplusgvet
Diagnóstico por ecografía a domicilio en el Eje Cafetero.

ABD



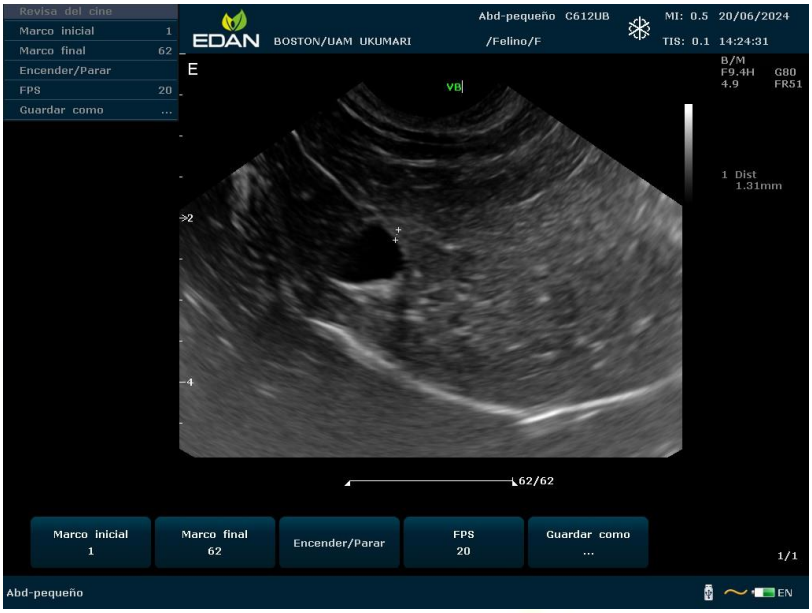
Celular: 322-306-9962
Instagram: ecoplusgvet
Diagnóstico por ecografía a domicilio en el Eje Cafetero.

ABD



Celular: 322-306-9962
Instagram: ecoplusgvet
Diagnóstico por ecografía a domicilio en el Eje Cafetero.

ABD



ECOGRAFIA REALIZADA POR:

María Andrea Aristizábal Pérez.
M.V. – Dipl – Est. Posgrado en ecografía
MP: 41074

EcoPlusG
Caninos y Felinos

Celular: 322-306-9962
Instagram: ecoplusgvet
Diagnóstico por ecografía a domicilio en el Eje Cafetero.

Alcaldía de PEREIRA

CONCEPTO TÉCNICO

Versión: 1

Fecha de vigencia: 12/02/2024

INFORMACION DEL PREDIO
Corregimiento:
Vereda: PUMÓN ALTO
Nombre Finca: MZ 3 - CS 27
Ficha catastral:
Coordenadas: N: W:

INFORMACION DEL PROPIETARIO
Nombres: MARIA NUBIOLA
Apellidos: MORALES GONZÁLEZ
Cédula Nº 42059041
Tel fijo: Celular: 3146867789

Fecha visita: DD/MM/AAAA

Diario de Labores Nº:

COMPONENTE: BIENESTAR ANIMAL

ASUNTO: ATENCIÓN MÉDICA A CANINO LLAMADO MATEO (BLANCO CON MANCHAS AMARILLAS EN SU HOCICO).

DESCRIPCION: ANTECEDENTES: LA PROPIETARIA REPORTA QUE SU MASCOTA PRESENTA UNA INFLAMACIÓN EN EL OJO IZQUIERDO Y A VECES CON EL RASCADO SE LASTIMA.

OBSERVACIONES : CANINO CON AUMENTO DE VOLUMEN EN OJO IZQUIERDO, ZONA SUPERIOR DEL PÁRPADO, SUGESTIVO A TUMOR, CON INFLAMACIÓN Y COLORACIÓN ROJO OSCURO.

CONCLUSIONES:
- AUMENTO DE VOLUMEN EN ZONA SUPERIOR DEL PÁRPADO.
- SUGESTIVO A TUMOR.
- INFLAMACIÓN.

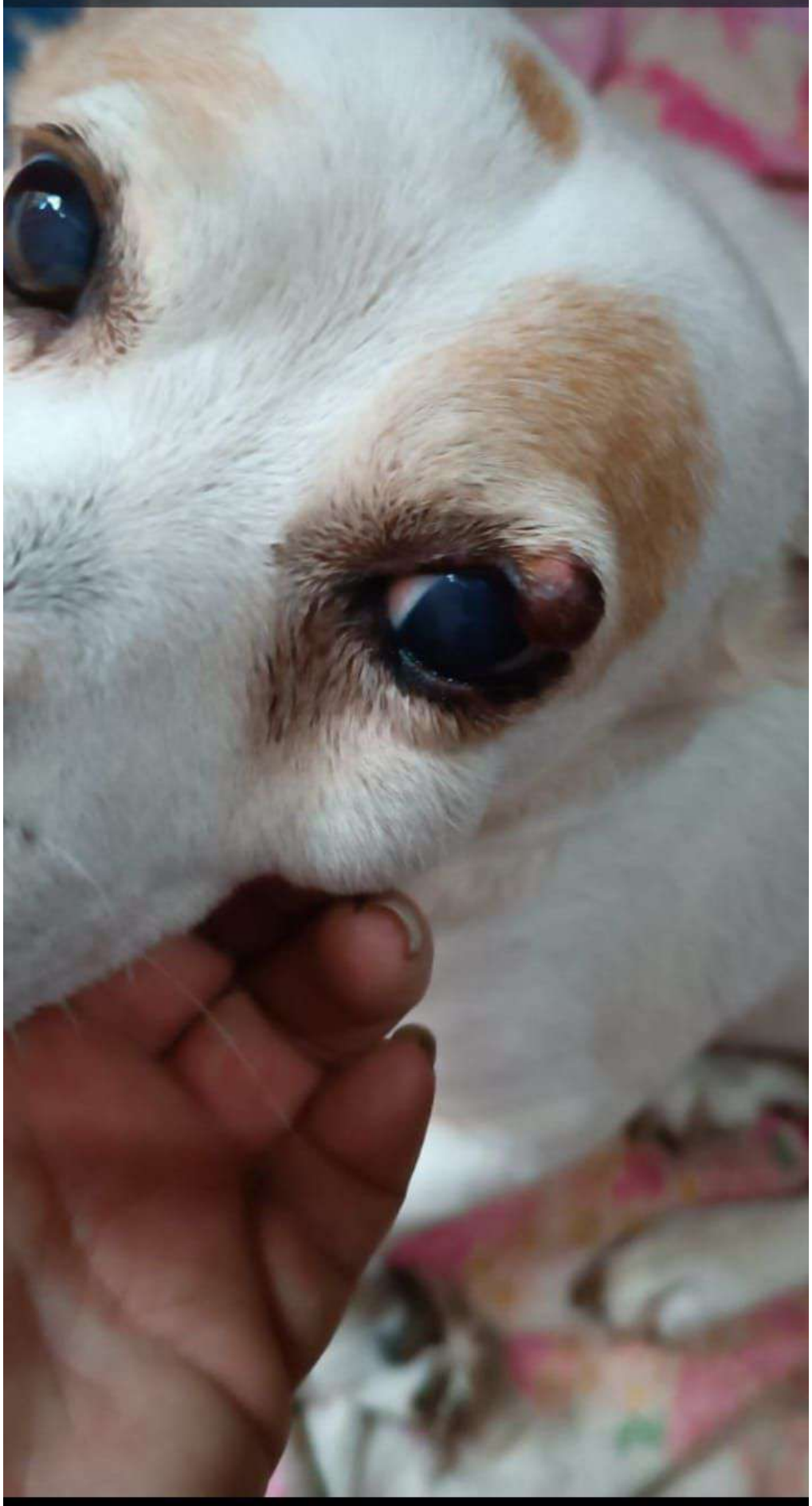
RECOMENDACIONES:
- REALIZAR PROCEDIMIENTOS CORRESPONDIENTES.
- INFORMAR A LA SEÑORA NUBIOLA ↳ 3146867789

Nota. Este concepto se complementa con registro fotográfico

NOMBRE DEL TÉCNICO: FRANK ARBELÁEZ **FIRMA** _____


SALIDA





FICHA CLÍNICA

Impresa el *25/07/2024*

CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

Dirección: CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA Tel. (606) 320 03 03 EXT 6010
INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3
e-mail: clinicaveterinariapereira@uam.edu.co

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 27-MATEO
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 20/06/2024
Última Visita: 16/07/2024

Paciente: MATEO GONZALEZ
Especie: CANINO
Raza: MESTIZO
Sexo: MACHO CASTRADO
Pelaje:
Microchip:
Fecha de Nac.: 23/06/2015
Fecha de Alta: 20/06/2024
Última Visita: 06/07/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 20/06/2024 09:49:48 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
PACIENTE REMITIDO POR BIENESTAR ANIMAL PARA ATENCIÓN
MARIA MORALES GONZALEZ
CC: 42059041
MZ 3 CASA 27 PLUMON ALTO
CEL: 3146866789
****** Exámen Físico Fecha: 20/06/2024 -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
Temperatura: 38.7 °C -- Peso: 14.0 Kg. -- Hidratación: NORMAL -- F.C.: 120 /minuto -- Pulso: F /minuto -- F.R.: 36 /minutoGeneral: ALERTA
Ojos - Orejas - Nariz - Garganta: MUCOSAS ROSADAS TLLC 2 SEGUNDOS, ESCLEROTICA INYECTADA OJO IZQUIERDO CON OPACIDAD A NIVEL CORNEAL
Piel tegumento: AUMENTO DE TAMAÑO A NIVEL DE PARPADO SUPERIOR IZQUIERDO DE 1CM X 1CM DE DIAMETRO (AL REALIZAR PUNCION SE OBSERVA SECRECION BLANCUZCA), AUMENTO DE TAMAÑO A NIVEL DE ZONA CAUSAL AL GLOBO OCULAR DE 3CM X 2CM DE DIAMETRO QUE AL PUNCIONAR SECRETA LIQUIDO SEROSO OSCURO. AUMENTO DE TAMAÑO EN FLANCO DERECHO DE 1CM X 1 CM DE DIAMETRO. PRESENCIA DE ECTOPARASITOS (PULGAS)
Músculo esquelético: CONDICION CORPORAL 4.5/5, LEVE DOLOR AL PALPAR COLUMNA A NIVEL LUMBO SACRO, CREPITACION Y LEVE DOLOR AL REALIZAR FLEXION Y PALPACION DE ARTICULACION DE RODILLA MIEMBRO DERECHO
Cardiovascular: SLA
Respiratorio: SLA
Gastrointestinal: SLA
Genital - Reproductor: SLA
Neurológico: SL
Linfático: MANDIBULARES AUMENTADOS DE TAMAÑO
Otros: SARRO DENTAL GRADO 2/4
DIAGNOSTICO DEFINITIVO: INFESTACION POR PULGAS + TUMOR EN PIEL + ENFERMEDAD PERIODONTAL GRADO 2/4+OBESIDAD+CONJUNTIVIS
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: ENFERMEDAD DEGENERATIVA ARTICULAR + ENFERMEDAD HORMONAL
MANEJO: SE TOMA MUESTRA PARA EXAMENES (HEMOGRAMA)+BIOQUIMICAS + CITOLOGIA. SE RECOMIENDA LA EXTIRPACION DE LAS MASAS QUE SE PROGRAMA PARA EL DIA VIERNES 21/06/2024. SE COMENTA A TUTORES QUE DEBEN TRAERLO A LAS 8:00 AM EN AYUNAS.
TRATAMIENTO: SE ENVIA FORMULA CON COLITIO OFTALMICO Y LAGRIMAS ARTIFICIALES.

*** Fecha: 20/06/2024 11:42:26 AM HEMOGRAMA
*** Fecha: 20/06/2024 11:42:44 AM PREVENTIVE CARE PROFILE PLUS

*** Fecha: 21/06/2024 07:28:22 AM CITOLOGIA

****** Fecha: 21/06/2024 09:32:55 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
Ingresa paciente para procedimiento quirurgico (Retito de masa)

****** Fecha: 21/06/2024 09:46:37 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
MOTIVO DE INGRESO: RETIRO DE MASAS
Paciente ingresa para retiro de masas, se realzia premedicacion con meloxicam, XILACINA y KETAMINA, se induce con propofol 3mg/kg, se realiza mantenimiento con isoflurano, se realzia extraccion de amsas en zona abdominal y ojo izquierdo, se realiza extraccion de pieza dental y se determina que el acumulo de liquido purulento en la region del rsotro izquierdo es por una fistula oronansal. Se da buena recuperacion anestesica, se da alta medica y se entrega y explica formula medica.

*** Fecha: 21/06/2024 04:02:35 PM FORMULA MEDICA

****** Fecha: 24/06/2024 08:04:22 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
CONTROL: Paciente es traido para evaluar heridas, las cuales se encuentran casi cicatrizadas, pero la del ojo izquierdo aun requiere cumplir 10 dias de postquirurgico. Se recomienda control nuevamente la otra semana para retiro de puntos.

****** Fecha: 02/07/2024 12:24:18 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
Se retira puntos en zona de parpado superior, se observa opacidad corneal, compatible con uveitis, se comenta que debe realizar lavados con manzanilla fria y seguir aplicando gotas oftalmicas. Se programa retiro de puntos para el dia sabado (Flanco)
****** Fecha: 06/07/2024 06:36:56 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
Paciente ingresa por retiro de puntos, globo ocular se observa con opacidad corneal, se recomienda seguir con gotas y traer en 7 dias para control

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 21/06/2024 TITULO: CITOLOGIA
VER ARCHIVO ADJUNTO

FECHA: 21/06/2024 TITULO: FORMULA MEDICA

I) MELOXIMAX 3 TAB .....#2
Suministrar via oral 1/2 tableta cada 24 horas durante 4 dias consecutivos. Dar con estomago lleno.

II) STOMIZOL 10 TABLETAS .....#9
Suministrar via oral 1 tableta y media cada 24 horas durante 6 dias consecutivos. Dar con estomago lleno.

III)OFTAPROC M GOTAS OFTAL x 10 ml .....#1
Aplicar una gota en el ojo izquierdo cada 6 horas 8cuatro veces al dia) durante 15 dias consecutivos.

IV) BAXIDIN SPRAY X 120ml .....#1
Realizar limpiezas con una gasa esteril en el parpado sin aplciar en el ojo cada 12 horasdurante 10 dias.

NOTA
* CONTROL EN 10 DIAS.
* USO OBLIGATORIO DE COLLA ISABELINO HASTA NUEVA ORDEN.
* RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS. SOLICITAR CITA

_____
MVZ SANTIAGO PULGARIN J
MP: 47491

FECHA: 20/06/2024 TITULO: FORMULA MEDICA
1.-TOBRAMAX GOTAS OFTALMICAS USO VETERINARIO #1
INDICACIONES: Aplicar en el globo ocular afectado 1 gota cada 12 horas durante 7 dias.

2.-LAGRIMAS ARTIFICIALES GOTAS OFTALMICAS USO HUMANO O USO VETERINARIO#1
INDICACIONES: Aplicar en el globo ocular 1 gota cada 8 horas durante 7 dias.

NOTA
*SE RECOMIENDA RETIRO DE MASAS
*SE RECOMIENDA REDUCIR PESO

M.V. Ma. Daniela Labarca
TP RPP 99

FECHA: 20/06/2024 TITULO: HEMOGRAMA
ver archivos adjuntos

FECHA: 20/06/2024 TITULO: PREVENTIVE CARE PROFILE PLUS
ver archivos adjuntos

CTA. CTE.

16/07/2024

CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 27-MATEO

Domiciliado en la calle: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA

Localidad: RISARALDA

Fecha	Descripción	Cantidad	Ventas	Pagos	Saldo
21/06/2024	UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - MARIA DANIELA	1.00	24300	0	24300
21/06/2024	*ROTOR CUIDADO PRENTIVO ALB,ALP,ALT,AST,BUN,CA,CL-,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+, TBIL,TC - Unit. $95000 - MARIA DANIELA	1.00	95000	0	119300
21/06/2024	UAM CITOLOGIA SECRECIONES/PAF - Unit. $30000 - MARIA DANIELA	1.00	30000	0	149300
21/06/2024	*19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $350 - MARIA DANIELA	3.00	1050	0	150350
21/06/2024	*19 BATAS AZUL PACIENTE PUÑO RIB UNIDAD - Unit. $6000 - ORLANDO LEMA	1.00	6000	0	156350
21/06/2024	*19 CAMPO ESTERIL CERRADO M 0.7/0.7 - Unit. $3600 - ORLANDO LEMA	1.00	3600	0	159950
21/06/2024	*19 GUANTES QUIRÚRGICOS ESTÉRILES 6,5 PAQUETE X 2 - Unit. $2800 - ORLANDO LEMA	1.00	2800	0	162750
21/06/2024	*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - ORLANDO LEMA	1.00	500	0	163250
21/06/2024	*19 JERINGA 10 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $450 - ORLANDO LEMA	2.00	900	0	164150
21/06/2024	*19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - ORLANDO LEMA	1.00	350	0	164500
21/06/2024	*19 LAPIZ ELECTROBISTURI - Unit. $15200 -	1.00	15200	0	179700
21/06/2024	*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.5 - Unit. $5500 -	1.00	5500	0	185200
21/06/2024	*CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3200 - ORLANDO LEMA	1.00	3200	0	188400
21/06/2024	*COMPRESA ESTERIL 45X45 - Unit. $2600 - ORLANDO LEMA	1.00	2600	0	191000
21/06/2024	*SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 0 - Unit. $12100 - ORLANDO LEMA	1.00	12100	0	203100
21/06/2024	*SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 2-0 - Unit. $14500 - ORLANDO LEMA	1.00	14500	0	217600
21/06/2024	*SUTURA N/A 2-0 (UNIDAD) - Unit. $8100 - ORLANDO LEMA	1.00	8100	0	225700
21/06/2024	*TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $500 - ORLANDO LEMA	1.00	500	0	226200
21/06/2024	*RONCAINA INY DOSIS X ML - Unit. $3200 - ORLANDO LEMA	1.50	4800	0	231000
21/06/2024	*MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - ORLANDO LEMA	1.00	5200	0	236200
21/06/2024	*XILASYNA 2% INY DOSIS X ML - Unit. $4800 - ORLANDO LEMA	1.00	4800	0	241000
21/06/2024	*FCO PROPOFOL 1% VIAL X 20ML - Unit. $30700 - ORLANDO LEMA	1.00	30700	0	271700
21/06/2024	EXTRACCIÓN DE MASA CUTÁNEA / CANINO 10,1-20 KG - Unit. $294650 - ORLANDO LEMA	1.00	294650	0	566350
21/06/2024	EXTRACCION PIEZA DENTAL EN PROFILAXIS - Unit. $30000 - ORLANDO LEMA	1.00	30000	0	596350
21/06/2024	*CONSUMIBLES PROCEDIMIENTO - Unit. $52000 - ORLANDO LEMA	1.00	52000	0	648350

Fecha	Descripción	Cantidad	Ventas	Pagos	Saldo
21/06/2024	CONSULTA UAM DIURNA - Unit. $37000 - ORLANDO LEMA	1.00	0	0	648350
21/06/2024	*OXIGENO MEDICINAL A 2L/MIN X HORA (PARED) - Unit. $4800 - ORLANDO LEMA	1.00	4800	0	653150

Moneda: $

SALDO: 653150

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES, CIRUGÍA Y ANESTESIA

Yo María Morales identificad@ con cédula de ciudadanía número. 42059041 de Pereira en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo a la **Institución Universitaria Visión de las Américas** y a su equipo de trabajo, para realizar el procedimiento anestésico/quirúrgico a Mateo, paciente Canino, raza Mestizo, sexo M X H ___ de 8 años, con 14 kg de peso y número de historia clínica 2563.

Manifiesto que he **recibido y entendido** la información sobre el procedimiento a realizarse denominado Extracción de masas en Piel, en el cual la **CLASIFICACIÓN DE RIESGO ANESTÉSICO ASA** es II y entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **Shock anafiláctico, Muerte súbita, Paro cardiorrespiratorio, dehiscencia de puntos en la herida** entre otros que me han sido explicados.

En constancia que Mateo ha sido valorad@, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el procedimientoe haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de Tutor, procedo a autorizar al médico veterinario designado por la **Institución Universitaria Visión de las Américas** para la realización del procedimiento y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación.

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 las cuales, he comprendido y aceptado.

Institución Universitaria Visión de las Américas
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia
Clínica Veterinaria

En contraparte yo María Labarca con tarjeta profesional número RPP99 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el tutor/acudiente como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

Para constancia se firma el 21 de Junio del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por Nayo.

mariaAlejandraMoralesC

Propietario/acudiente:
CC: 42089041

Médico Veterinario: María Labarca
Matricula Profesional: RPP99

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES DE LA RED PÚBLICA VETERINARIA

Yo María Morales identificado con cédula de ciudadanía número 42059041 de Pereira en calidad de tutor de Mateo, especie Canino, raza Mz, sexo M X H ___, de 8 años, con 14 Kg de peso e historia clínica número 2563. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud de mi mascota por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar la salud del paciente.

Comprendo que los gastos derivados de la presente atención serán asumidos de manera parcial por la secretaria de desarrollo rural del municipio de Pereira a través de un convenio de cooperación suscrito con la clínica Visión de las Américas, por lo que dicha secretaria podrá solicitar información sobre los avances del tratamiento, historia clínica e imágenes del paciente y definirá el monto máximo por el cual se prestará el servicio. En caso que los costos excedan el tope por ellos establecidos, yo como tutor deberé asumir los costos adicionales del tratamiento del paciente en este u otro centro veterinario de mi elección.

he recibido y entendido la información sobre las posibles necesidades de atención de mi paciente que incluyen hospitalización, diagnóstico por imágenes, diagnósticos de laboratorio, cirugía, consulta especializada, suministro de medicamentos-quimioterapéuticos-transfusiones y en el peor de los casos eutanasia, y de necesitar ser anestesiado o tranquilizado comprendo que la **CLASIFICACIÓN DE RIESGO ANESTÉSICO ASA** de mi mascota es II entiendo que, dentro de los riesgos posibles y efectos colaterales del procedimiento a realizarse se encuentran:

_____

_____

_____

_____

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a

medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente 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.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados conforme a los protocolos médicos, quirúrgicos y de bienestar animal. En caso de agravamiento de la enfermedad o perdida de la calidad de vida, autorizo a los profesionales de la **Institución Universitaria Visión de las Américas** para aplicar la eutanasia en caso de yo no estar presente, siempre y cuando se me solicite autorización previa y pueda hacerlo por mensaje de texto o e-mail.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste, tampoco se hace responsable de los daños a terceros. Así mismo, autorizo a la **Institución Universitaria Visión de las Américas** de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellos que por negligencia de su propietario permanezcan sin autorización de tratamiento dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico y requerimientos o 2 días después de notificada la salida del paciente sin que nadie se presente a recogerlo, evento en el cual la **Institución Universitaria Visión de las Américas** podrá libremente disponer del paciente y el Tutor o responsable no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra la clínica o el médico veterinario.

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución.

He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

Autorizo la obtención, divulgación y publicación de imágenes y datos de la historia clínica del paciente por parte de la Institución Universitaria Visión de las Américas con fines académicos y/o para difusión en redes sociales.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de la **Institución Universitaria Visión de las Américas**.

En contraparte yo María Labarca con tarjeta profesional número RDP99 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

Para constancia se firma el 21 de Junio del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el paciente.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 21 de Junio del 2024

maria alejandra
Propietario/acudiente:
CC: 1205904l
Tel: 3146866789

Médico Veterinario: María Labarca
MP: RDP99

Institución Universitaria Visión de las Américas
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia
Clínica Veterinaria

REGISTRO DE ATENCION PARA PACIENTES DE LA RED PUBLICA VETERINARIA

Yo, María Morales, identificado con cedula de ciudadanía número 42059041 de Pereira certifico que Mateo identificado/a con historia clínica número 2563, he recibido atención médica por parte de la clínica veterinaria visión de la Américas, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa.

Certifico que el/la paciente recibió durante su atención los siguientes servicios y productos:
Consulta, Examenes de laboratorio, Cirugia

y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de estos servicios.

Comprendo que en caso de no seguir el plan de terapéutico instaurado y las recomendaciones dadas por los médicos puede haber complicaciones y soy consciente de esto.

He comprendido la información suministrada por ende me comprometo a seguir al pie de la letra las recomendaciones recibidas y la recuperación del/la paciente, esta ahora bajo mi propia responsabilidad. En constancia de ello firmo libre y voluntariamente.

maría Morales
Propietario/acudiente:
CC: 42059041

Médico Veterinario:
M.P: RPP99

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 21 de Junio de 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable del/la paciente.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA CIRUGIA Y PROCEDIMEINTOS

FECHA _____ PACIENTE MATEO _____ HC _____ PROCEDIMIENTO _____

ARTICULO	S	D	U	ARTICULO	S	D	U	MEDICAMENTOS	S	D	U
*19 AGUJA ESPINOCAN 20G X 3 1/2				*SOLUCION CLORURO D SODIO X 500ML				*EUTHANEX INY X ML			
*19 AGUJA HIPODERMICA 18G 1 1/2				*SOLUCION OSMORIN MANITOL 20% X 500 ML				*FENTANILO 0.05 MG/ML x dosis (AMP 10 ML)			
*19 AGUJA HIPODERMICA 21G 1 1/2				*SOLUCIÓN DEXTROSA AL 5% X 500 ML				*FENTANILO 0.1 MG/2ML x dosis (AMP 2 ML)			
*19 AGUJA HIPODERMICA 23G X 1				*SOLUCIÓN DEXTROSA AL 50% X 1 ML				*ISOFLUORANO RECARGA			
*19 ARENA PARA GATOS X LB				*SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML				*KAVITEX F1			
*19 BAJALENGUAS X UNIDAD				*SONDA FOLEY 2 VIAS N10				*KETAMINA INY DOSIS X ML			
*19 BATA BLANCA DESECHABLE MANGA LARGA				SONDA FOLEY 2 VIAS N20				*MANITOL 20% X ML			
*19 BATAS AZUL PACIENTE PUÑO RIB UNIDAD	1			*SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #14				*MELODOL INY 0,5% X ML			
*19 CAMPO ESTERIL CERRADO 0,80/0,80 M	1			*SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #16				*MELOXIC INY 2% X ML			
*19 COPITO MADERA ESTERIL UND				*SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #18				*MIDAZOLAM INY X ML			
*19 COPITOS DE MADERA X UND				*SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #6				*MULTIBIO INY X ML			
*19 CUCHILLA BISTURI #10 UD				*SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #8				*OMEPRAZOL AMP X 40 MG/ML			
*19 CUCHILLA BISTURI #15 UNIDAD				*SONDA NELATHON NO 10				*ONDANSETRON AMPLL 8 MG/4L			
*19 CUCHILLA BISTURI #21 UND				*SONDA NELATHON NO 12				*OXITOCINA DOSIS X ML			
*19 CUCHILLA MINORA CAJA X 5 UND				*SONDA NELATHON NO 14				*PENTHAL INY X ML			
*19 FRASCO GOTERO X 10 ML				*SONDA NELATHON NO 16				*PROCAINA INY X ML			
*19 FRASCO GOTERO X 120 ML				*SONDA NELATHON NO 18				*PROPOFOL INY 1% DOSIS X ML			
*19 FRASCO GOTERO X 60 ML				*SONDA NELATHON NO 20				*QUERCETOL INY XML			
*19 FRASCO RECOLECTOR ORINA				*SONDA NELATHON NO 4				*RANIDIN INY X ML			
19 GORROS CIRUGÍA DESECHABLES UNIDAD				*SONDA NELATHON NO 6				*RESUPRAM INY DOSIS X ML			
*19 GUANTES QUIRÚRGICOS 6,5 PAQUETE X 2	1			*SONDA FOLEY 2 VIAS N12				*RONCAINA INY DOSIS X ML			
*19 GUANTES QUIRÚRGICOS 7,5 PAQUETE X 2				*SONDA FOLEY 2 VIAS N14				*TRAMADOL 50MG/ML AMPLL X 2 ML			
*19 GUANTES QUIRÚRGICOS 8,5 PAQUETE X 2				*SONDA FOLEY 2 VIAS N16				*TRANQUILAN INY X ML			
*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD	1			*SONDA FOLEY 2 VIAS N18				*VETHISTAM INY X ML			
*19 JERINGA 10 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD	1+1			*SONDA FOLEY 2 VIAS N22				*XILASYNA 2% INY DOSIS X ML			
*19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND				*SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #10				*ZOLETIL INY X ML			
*19 JERINGA 20 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD				*SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #12				*HEPARINA SODICA 5000 UI/ML X ML			
*19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD	1			*SONDA NELATHON NO 8				Roncaina	1.5		
*19 JERINGA 50 ML UNIDAD				*SONDA URINARIA FELINO X UND							
*19 JERINGA 60 ML PUNTA CATETER				*SUPRASOB A COMPRESA							
*19 KIT DE MICRONEBULIZACION PEDIATRICO				*SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 0	1						
*19 LAPIZ ELECTROBISTURI	1			*SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 1							
*19 LLAVE DE TRES VIAS				*SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 2-0	1						
*19 POLAINAS DESECHABLES PAR.				*SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 3-0							
*19 PUNCH PARA BIOPSIA 3 MM				*SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 5-0							
*19 TAPABOCAS ELAST X UNIDAD				*SUTURA A. POLIDIOXANONA 2-0							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 2				*SUTURA A. POLIGALACTINA 0 (UNIDAD)							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 2.5				*SUTURA A. POLIGALACTINA 1 (UNIDAD)							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.0				*SUTURA A. POLIGALACTINA 2-0 (UNIDAD)							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.5				*SUTURA A. POLIGALACTINA 3-0 (UNIDAD)							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.0				*SUTURA A. POLIGALACTINA 4-0 (UNIDAD)							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.5	1			*SUTURA N/A 0 (UNIDAD)							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 5.0				*SUTURA N/A 2-0 (UNIDAD)	1						
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 5.5				*SUTURA N/A 3-0 (UNIDAD)							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.0				*SUTURA N/A 4-0 (UNIDAD)							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.5				*SUTURA N/A 5-0 (UNIDAD)							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 7.0				*TAPON HEPARINIZADO UND	1						
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 7.5				*TEST DE FLUORESCEINA OFTALMICO							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 8.0				*TEST DE SCHIMER OFTALMICO TIRILLA UND							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 8.5				*TG FIX VENDA TUBULAR ELASTICA X METRO							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 9.0				*VENDA COBAN PET-FLEX 10 X 4,5 TS							
*AGUA ESTERIL X 500M				*VENDA TELA O GASA 4X5 UND							
*BURETA 150 ML X UND				*VENOCLISIS MACROGOTEO							
*CANULA NASAL DE OXIGENO ADULTO				*VENOCLISIS MICROGOTEO							
*CATETER INTRAVENOSO 18				*VLIWASORB APOSITO							
*CATETER INTRAVENOSO 20 ROSADO				*ADRENALINA INY X ML							
*CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL	1			*ATROPINA SUSP INY X 1 ML							
*CATETER INTRAVENOSO 24 AMARILLO				*BUTORMIN INY X ML				Observaciones:			
*COMPRESA ESTERIL 45X45	1			*CERENIA SUSP INY X ML							
*EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD				*COLIVET INYECTABLE X ML							
*EXTENCION PARA ANESTAESIA ADULTO				*CONVENIA SUSP INY X ML							
*FCO PROPOFOL 1% VIAL X 20ML				*DEXAMETASONA 8MG/2ML							
*OXIGENO MEDICINAL A 2L/MIN X HORA (PARED)				*DEXMEDETOMIDINA INY X ML							
*OXIGENO MEDICINAL A 4L/MIN X HORA (PARED)				*DUPLOCILLINA LA SUSP INY X ML							
*SET DE TRANSFUSION SANGRE				*EDO ATP SUSP INY X ML							
*SOLUCION CLORURO D SODIO X 100ML				*EPINEFRINA INY AMPLL 1 MG / ML							

Suministra: | **Devuelve:** | **Carga cuenta:**

*S suministrados o alistados *D Devueltos o no usados *U utilizados = S-D

Clinica Veterinaria UAM
Avenida Circunvalar #9-67.
Pereira, Risaralda - Colombia
320303-ext 6024

zoetis

Mateo Gonzales ID del paciente: 2663

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 23/06/2015
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: Mestizo
Doctor: Desconocido/a

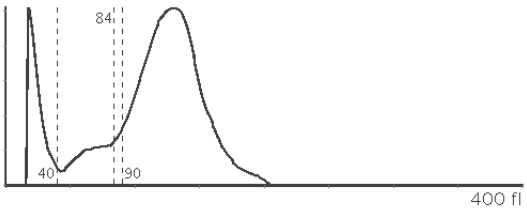
Hematología

Fecha: 20/06/2024 11:15 AM N° de serie del analizador: 360017749

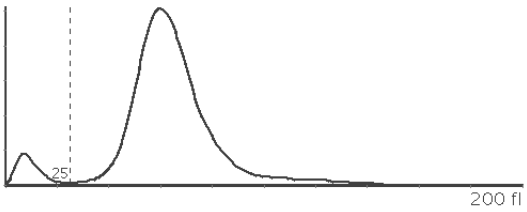
	Resultado	Bajo	Normal	Alto
LEU Leucocitos/Glóbulos blancos	15.56 10^3/µl		6.0	17.0
LIN Linfocito	1.85 10^3/µl		1.0	4.8
MON Monocito	0.42 10^3/µl		0.2	1.5
NEU Neutrófilo	13.18 10^3/µl	ALTO	3.0	12.0
EOS Eosinófilo	0.07 10^3/µl		0.0	0.8
BAS Basófilo	0.04 10^3/µl		0.0	0.4
LIN% Linfocito (%)	11.9 %			
MON% Monocito (%)	2.7 %			
NEU% Neutrófilo (%)	84.7 %			
EOS% Eosinófilo (%)	0.5 %			
BAS% Basófilo (%)	0.3 %			
ERI Eritrocitos/Glóbulos rojos	7.97 10^6/µl		5.5	8.5

	Resultado	Bajo	Normal	Alto
Hb Hemoglobina	18.3 g/dl	ALTO	12.0	18.0
Hto Hematocrito	52.37 %		37.0	55.0
VCM Volumen corpuscular medio	66 fl		60.0	77.0
HCM Hemoglobina corpuscular media	23.0 pg		19.5	24.5
CHCM Concentración de HCM	35.0 g/dl		31.0	39.0
RDWc Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación	18.8 %		14.0	20.0
RDWs Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar	39.8 fl			
PLT Plaquetas	444 10^3/µl		165.0	500.0
VPM Volumen plaquetario medio	8.9 fl		3.9	11.1
PCT Plaquetocrito	0.39 %			
PDWc Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación	35.6 %			
PDWs Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar	13.5 fl			

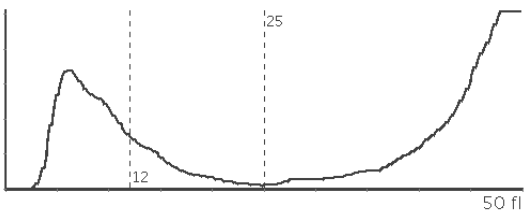
Histograma: LEU



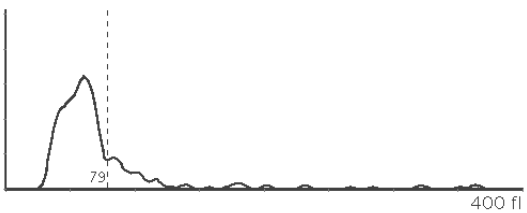
Histograma: ERI



Histograma: PLT



Histograma: EOS



Clinica Veterinaria UAM
Avenida Circunvalar #9-67.
Pereira, Risaralda - Colombia
320303-ext 6024

zoetis

Mateo Gonzales

ID del paciente: 2663

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 23/06/2015
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: Mestizo
Doctor: Desconocido/a

Preventive Care Profile Plus

Fecha: 20/06/2024 11:36 AM N° de serie del analizador: 0000V20583 Lote: 3422BC2

	RESULTADO	BAJO	NORMAL	ALTO
BUN Nitrógeno ureico en sangre	8 mg/dL		7.0 – 25.0	
CRE Creatinina	0.6 mg/dL		0.3 – 1.4	
ALT Alanina aminotransferasa	137 * U/L			ALTO 10.0 – 118.0
ALP Fosfatasa alcalina	946 * U/L			ALTO 20.0 – 150.0
AST Aspartato aminotransferasa	25 U/L		14.0 – 45.0	
TBIL Bilirrubina total	0.5 mg/dL		0.1 – 0.6	
GLU Glucosa	102 mg/dL		60.0 – 110.0	
CA Calcio	11.4 mg/dL		8.6 – 11.8	
TP Proteinas totales	7.3 g/dL		5.4 – 8.2	
ALB Albúmina	3.5 g/dL		2.5 – 4.4	
GLOB Globulina	3.8 g/dL		2.3 – 5.2	
NA+ Sodio	143 mmol/L		138.0 – 160.0	
K+ Potasio	5.5 mmol/L		3.7 – 5.8	
CL- Cloruros	105 mmol/L		95.0 – 119.0	
tCO2 Dióxido de carbono total	21 mmol/L		12.0 – 27.0	

Hemólisis
0

Lipemia
3+

Ictericia
0

Datos del Propietario	
Identificación:	**Nombre: BIOPARQUE UKUMARI**
Teléfono:	**Dirección:**

Datos del Paciente		
Nombre: MATEO	**Especie: CANINO**	**Raza: MESTIZO**
Edad: 8 AÑOS	**Peso:**	**Sexo: MACHO**

REPORTE CITOLOGICO

TIPO DE MUESTRA	CITOLOGIA DE PIEL (PARPADO)
Descripción micro	Escasa celularidad, neutrófilos no degenerados ocasional (+), macrófagos ocasionales (+), cristales de colesterol ocasional (+), células con núcleos pequeños redondeados con cromatina densa que presentan citoplasma grande con leve basofilia y abundante vacuolas (++++)
Diagnóstico	Tumor de células epiteliales (Adenoma Vs Hiperplasia Sebácea)
Nota	Las hiperplasias es el aumento de tamaño y número de células sebáceas. Generalmente son procesos benignos.

REPORTE CITOLOGICO

TIPO DE MUESTRA	CITOLOGIA DE PIEL (MEJILLA)
Descripción micro	Escasa celularidad, células epiteliales superficiales escasas (++), abundantes cristales de colesterol (++++), detritus abundantes (++++).
Diagnóstico	Tumor de células epiteliales (Hiperplasia Vs quiste epitelial)
Nota	Las hiperplasias es el aumento de tamaño y número de células

Observaciones: Se recomienda realizar histopatología para corroborar resultados.

M.V. Ma. Daniela Labarca

TP RPP 99

Alcaldía de PEREIRA

CONCEPTO TÉCNICO

Versión: 1

Fecha de vigencia: 12/02/2024

INFORMACION DEL PREDIO	
Corregimiento:	BARRIO GUAYABAL
Vereda:	MZ 53 - CS 6
Nombre Finca:	
Ficha catastral:	
Coordenadas: N:	W:

INFORMACION DEL PROPIETARIO	
Nombres:	OLINDE
Apellidos:	LONDOÑO
Cédula Nº	34052061
Tel fijo:	Celular: 3222245923

Fecha visita: DD/MM/AAAA

Diario de Labores N°:

COMPONENTE: BIENESTAR ANIMAL

ASUNTO: ATENCIÓN MÉDICA A CANINO

DESCRIPCION: ANTECEDENTES: LOS PROPIETARIOS DEL CANINO MAILO (PITBULL, COLOR AMARILLO CON BLANCO), REPORTAN QUE SU MASCOTA TIENE DIFICULTADES PARA DEFECAR Y PARA ORINAR, ADEMÁS MUESTRA SIGNOS DE DOLOR CONSTANTES.

OBSERVACIONES : EL CANINO SE ENCUENTRA CON ABDOMEN DISTENDIDO, CON SIGNOS DE DOLOR ABDOMINAL. (SU DOLOR NO LE PERMITE CAMINAR)

CONCLUSIONES:
- SIGNOS DE DOLOR ABDOMINAL (POSIBLE OBSTRUCCIÓN).
- DIFICULTAD PARA DEFECAR Y ORINAR.
- IMPOSIBILIDAD PARA CAMINAR DEBIDO AL DOLOR.

RECOMENDACIONES:
- REALIZAR ECOGRAFÍA, RADIOGRAFÍA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.
- DAR INFORMACIÓN A SU PROPIETARIA OLINDE LONDOÑO → 3222245923

Nota. Este concepto se complementa con registro fotográfico

NOMBRE DEL TÉCNICO: FRANK ARBELÁEZ **FIRMA** _____

FICHA CLÍNICA

Impresa el *16/07/2024*

CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

Dirección: CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA Tel. (606) 320 03 03 EXT 6010
INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3
e-mail: clinicaveterinariapereira@uam.edu.co

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 28-MAYLO
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 21/06/2024
Última Visita: 15/07/2024

Paciente: MAYLO
Especie: CANINO
Raza: PIT BULL TERRIER AMERICANO
Sexo: MACHO CASTRADO
Pelaje:
Microchip:
Fecha de Nac.: 22/06/2020
Fecha de Alta: 21/06/2024
Última Visita: 03/07/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 21/06/2024 12:05:31 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
PACIENTE REMITIDO POR BIENESTAR ANIMAL PARA ATENCIÓN
MARIA OLINDE LONDOÑO TREJOS
CC: 34052061
BARRIO GUAYABAL CASA 6
CEL: 3222245923

AMAMNESIS: Paciente ingresa por presentar dificultad para caminar. Tutores indican que desde ayer en la noche no orina ni defeca. anterior a eso todo estaba bien. trata de orinar pero no puede y le duele tanto que se cae. le estaban dando cefalexina porque tiene unas costras en las axilas. además, le están colocando un spray morada para las lesiones. Cuando era joven sufrió de gastroenteritis y lo castraron porque presentaba la próstata inflamada. El día de ayer no comió pero hoy en la mañana muy poco.
****** Exámen Físico Fecha: 21/06/2024 -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
Temperatura: 38.6 °C -- Peso: 28.0 Kg. -- Hidratación: NORMAL -- F.C.: 160 /minuto -- Pulso: F /minuto -- F.R.: 60 /minutoGeneral: ALERTA
Ojos - Orejas - Nariz - Garganta: MUCOSAS ROSADAS RLLC 2 SEGUNDOS
Piel tegumento: LESIONES RENDONDEADAS COSTROSAS A NIVEL DE ZONA AXILAR BILATERAL CON ERITEMA CON RESTOS DE PRODUCTO CON COLORACION MORADA.
Músculo esquelético: CONDICION CORPORAL 3/5, DEFORMACION DE MIEMBRO ANTERIOR DERECHO (LESION DE NACIMIENTO)
Cardiovascular: SLA
Respiratorio: SLA
Gastrointestinal: DOLOR AL PALPAR ABDOMEN
Genital - Reproductor: VEJIGA DE GRAN TAMAÑO Y DURA A LA PALPACION
Neurológico: SLA
Linfático: SLA
Otros: SARRO DENTAL GRADO 1/4
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: UROLITIASIS+CISTITIS, NEOPLASIA VESICAL, CONSTIPACION, DERMATITIS BACTERIANA, DERMATOFITOSIS, ALERGIA A LA PICADURA DE PULGAS
DIAGNOSTICO DEFINITIVO: MALFORMACION DE MIEMBRO ANTERIOR DERECHO (CONGENITO)
MANEJO: SE INSTAURA CATETER Y SE TOMAN MUESTRAS PARA EXAMENES (HEMOGRAMA, BIOQUIMICAS COMPLETAS). SE INSTAURA SONDA URINARIA #10 (AL INTRODUCIR SE SIENTE UNA LEVE TENSION) SE TOMA MUESTRA PAR REALIZAR UROANALISIS. SE ESPERA REALIZAR ECOGRAFIA ABDOMINAL EN HORAS DE LA TARDE. SE ADMINISTRA FLUIDOTERAPIA A 40 ML/H + COLIVET 25 MG/KG IV.

*** Fecha: 21/06/2024 02:30:54 PM HEMOGRAMA
*** Fecha: 21/06/2024 02:31:07 PM ROTOR PREVENTIVO

****** Fecha: 21/06/2024 07:54:16 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente ingresa por presentar obstrucción urinaria, se ingresa, ROTOR PREVENTIVO con alteraciones leves en ast, sodio y hiperproteinemia Y HEMOGRAMA con trombocitopenia sin leucocitosis, también se envía PARCIAL DE ORINA, según resultado determinar iniciar antibiótico, en la eco se observa contenido en lumen vesical sugerente de proceso infeccioso, por el momento no se inicia, se instaura sonda urinaria, se sacan alrededor de 500ml, se realiza ecografía abdominal y se observa cálculos en vejiga (aprox 3 cálculos) se inicia manejo únicamente con DIPIRONA 20mg/kg, paciente sin aparente dolor, se desplaza sin problema, sale y defeca en gran cantidad, come con apetito, toma agua, se programó cirugía de cistotomía el día de mañana, realizar retropulsión antes del procedimiento, dejar en ayuno, Constantes en la tarde tem 38.2, fc 96 fr 44 come y toma agua, al momento de la entrega de turno orina con hematuria moderada, y con aspecto turbio.

****** Fecha: 22/06/2024 06:03:54 AM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO NOCHE: Se recibe paciente sin vía debido a que en el día se quito dos veces el catéter. Paciente activo, alerta, inquieto, juguetón. Presenta deposición (Bristol 4) y micción con abundante sangre. Se continua solo con la medicación a base de Dipirona. El reporte del parcial de orina indica cantidad de bacterias escasa por lo tanto no se inicia antibioterapia aun, pero si reportan abundante sedimento de estruvita, sangre +++. Se ofrece comida por última vez a las 10:50 pm de ayer, en el momento esta en ayuno ya que tiene programado procedimiento de cistotomía para el día de hoy. T° 38.5, FC 112, FR 32, PULSO F/C, MUCOSAS Rosa, TLLC 2".

****** Fecha: 22/06/2024 06:49:22 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente estable no presenta vómitos ni diarrea, en horas de la mañana entra a cirugía con complicaciones (2 convulsiones) pero durante el turno de tarde no ha presentado signos neurológicos. Medico comenta que retiran 5 cálculos de gran tamaño, se instaura sonda urinaria (Presenta micción con trazas de sangre), no defeca. paciente se mantiene tranquilo un poco mimado, escala Glasgow 4/20. Se adiciona a la medicación pregabalina a 3 mg/kg VO. En horas de la tarde se toman constantes T° 37.1, FC 100, FR 24, PULSO F/C, Mucosas Rosa, TLLC 2". Se oferta alimento y agua el cual come y bebe con apetito.

****** Fecha: 23/06/2024 07:26:28 AM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO NOCHE: Paciente activo y alerta durante el turno, no se ha retirado el collar isabelino en ningún momento. Presenta micción y deposición (Bristol 4) sin alteraciones. Esta pendiente para mañana evaluar retirar sonda urinaria. Paciente come y toma agua a voluntad. Paciente clínicamente estable, herida limpia no presenta salida de material sanguinolento ni purulento.

****** Fecha: 23/06/2024 06:23:44 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente Estable, activo y alerta durante el turno, no se ha retirado el collar isabelino en ningún momento. Se retira sonda urinaria, presenta micción (Con trazas de sangre, pero sin dificultad o dolor al orinar) realiza deposición (Bristol 4). Se continua con la medicación establecida, dolor controlado, cicatriz de buen aspecto. Se toman constantes FC 96 FR24 T 37.9, Mucosas Rosadas TLLC 2 segundos. Se oferta agua y alimento el cual come y bebe con apetito. Se recomienda alta médica.
*** Fecha: 24/06/2024 12:55:05 PM FORMULA MEDICA

****** Fecha: 24/06/2024 08:49:15 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ALTA MEDICA: Paciente clínicamente estable, presenta micción sin alteraciones, come y toma agua a voluntad. Se recomienda alta médica con manejo en casa a base de MARBOQUIN, PREGABALIA y ESOMEPRAZOL. Control en 5 días. Se recomienda dieta especializada para disolución de cálculos vesicales.

*** Fecha: 03/07/2024 09:17:08 AM FORMULA MEDICA

****** Fecha: 03/07/2024 09:58:46 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
Paciente ingresa para control, comenta que esta activo, de buen comer, no presenta vómitos ni diarrea, orinando normal. se realiza inspección y se observa zona de cicatriz con eritema se recomienda realizar limpiezas con aplicación de crema y retiro de puntos en 5 días y control ecográfico en 1 mes.

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 03/07/2024 TITULO: FORMULA MEDICA
1.-CLOREXIDINA SPRAY USO VETERINARIO #1
INDICACIONES: Realizar Limpiezas en el ara afectada 1 vez al dia durante 7 dias.

2.-VERDEMINT O FITOVETE CREMA USO VETERINARIO #1
INDICACIONES: Aplicar luego de la limpieza 1 vez al dia durante 7 dias.

NOTA
*RETIRO DE PUNTOS EN 5 DIAS (LUNES)

M.V. Ma. Daniela Labarca
TP RPP 99

FECHA: 24/06/2024 TITULO: FORMULA MEDICA
I) MARBOQUIN 50 ---------- # 14
Suministrar via oral 2 tabletas cada 24 horas por 7 dias.

II) PREGABALINA CAPSULAS X 75 mg ---------- # 7
Suministrar via oral 1 capsula cada 24 horas por 7 dias.

III) ESOMEPRAZOL TAB X 20 mg ---------- # 7
Suministrar via oral 1 tableta cada 24 horas por 7 dias.

IV) COLLAR ISABELINO ---------- # 1
Obligatorio y permanente.

RECOMENDACIONES

1) Control en 5 dias.

2) En caso de reaccion a los medicamentos, estos se deben retirar y el paciente debe ser traido inmediatamente.

3) Opciones de dieta para disolucion se sedimentos: HPM VIRBAC DOG - UROLOGY 1 (DISSOLUTION & PREVENTION), PROPLAN VETERINARY DIETS - URINARY St/Ox, HILLS URINARY CARE - U/D. Con cualquiera de los concentrados nombrados anteriormente, se debe ofrecer como unica fuente de alimento por 3-4 meses.

_____
CARLOS OSPINA - MP 31610

FECHA: 21/06/2024 TITULO: HEMOGRAMA
VER ARCHIVO ADJUNTO

FECHA: 21/06/2024 TITULO: ROTOR PREVENTIVO
VER ARCHIVO ADJUNTO

CTA. CTE.

01/08/2024

CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 28-MAYLO

Domiciliado en la calle: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA

Localidad: RISARALDA

Fecha	Descripción	Cantidad	Ventas	Pagos	Saldo
21/06/2024	*COLIVET INYECTABLE DE 1,1 A 3 ML - Unit. $5600 - CARLOS OSPINA	1.00	5600	0	5600
21/06/2024	EJ PARCIAL DE ORINA EJE LAB - Unit. $16000 - CARLOS OSPINA	1.00	16000	0	21600
21/06/2024	HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - CARLOS OSPINA	1.00	31500	0	53100
21/06/2024	HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - CARLOS OSPINA	1.00	23400	0	76500
21/06/2024	UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - CARLOS OSPINA	1.00	24300	0	100800
21/06/2024	*19 ECOGRAFIA ABDOMINAL - Unit. $110000 - CARLOS OSPINA	1.00	110000	0	210800
21/06/2024	*VENOCLISIS MACROGOTEO - Unit. $3000 - CARLOS OSPINA	1.00	3000	0	213800
21/06/2024	*TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $500 - CARLOS OSPINA	2.00	1000	0	214800
21/06/2024	*SONDA NELATHON NO 10 - Unit. $950 - CARLOS OSPINA	1.00	950	0	215750
21/06/2024	*SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - CARLOS OSPINA	1.00	4900	0	220650
21/06/2024	*19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $350 - CARLOS OSPINA	1.00	350	0	221000
21/06/2024	*EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD - Unit. $1100 - CARLOS OSPINA	1.00	1100	0	222100
21/06/2024	*CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3200 - CARLOS OSPINA	2.00	6400	0	228500
21/06/2024	*CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $16000 - CARLOS OSPINA	1.00	16000	0	244500
21/06/2024	CONSULTA UAM DIURNA - Unit. $0 - CARLOS OSPINA	1.00	0	0	244500
21/06/2024	*ROTOR CUIDADO PRENTIVO ALB,ALP,ALT,AST,BUN,CA,CL-,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+, TBIL,TC - Unit. $95000 - ANGELICA VELEZ	1.00	95000	0	339500
22/06/2024	*19 BATAS AZUL PACIENTE PUÑO RIB UNIDAD - Unit. $6000 - LAURA RENDON	1.00	6000	0	345500
22/06/2024	*19 CUCHILLA BISTURI #10 UD - Unit. $600 -	2.00	1200	0	346700
22/06/2024	*19 FRASCO RECOLECTOR ORINA - Unit. $550 - LAURA RENDON	1.00	550	0	347250
22/06/2024	*19 GUANTES QUIRÚRGICOS ESTÉRILES 6,5 PAQUETE X 2 - Unit. $2800 - LAURA RENDON	2.00	5600	0	352850
22/06/2024	*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - LAURA RENDON	1.00	500	0	353350
22/06/2024	*19 JERINGA 10 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $450 - LAURA RENDON	2.00	900	0	354250
22/06/2024	*19 JERINGA 20 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $700 - LAURA RENDON	1.00	700	0	354950
22/06/2024	*19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - LAURA RENDON	6.00	2100	0	357050
22/06/2024	*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 7.0 - Unit. $6200 - LAURA RENDON	1.00	6200	0	363250

Fecha	Descripción	Cantidad	Ventas	Pagos	Saldo
22/06/2024	*CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3200 - LAURA RENDON	3.00	9600	0	372850
22/06/2024	*CATETER INTRAVENOSO 24 AMARILLO - Unit. $3200 - LAURA RENDON	1.00	3200	0	376050
22/06/2024	*COMPRESA ESTERIL 45X45 - Unit. $2600 - LAURA RENDON	2.00	5200	0	381250
22/06/2024	*SOLUCION CLORURO D SODIO X 100ML - Unit. $3400 - LAURA RENDON	2.00	6800	0	388050
22/06/2024	*SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 1 - Unit. $12150 - LAURA RENDON	1.00	12150	0	400200
22/06/2024	*SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 3-0 - Unit. $13500 - LAURA RENDON	1.00	13500	0	413700
22/06/2024	*SUTURA N/A 2-0 (UNIDAD) - Unit. $8100 - LAURA RENDON	1.00	8100	0	421800
22/06/2024	*TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $500 - LAURA RENDON	2.00	1000	0	422800
22/06/2024	*XILASYNA 2% INY DOSIS X ML - Unit. $4800 - LAURA RENDON	0.50	2400	0	425200
22/06/2024	*MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - LAURA RENDON	1.00	5200	0	430400
22/06/2024	*TRAMADOL 50MG/ML AMPLL X 2 ML - Unit. $2000 - LAURA RENDON	1.00	2000	0	432400
22/06/2024	*PROPOFOL INY 1% DOSIS X ML - Unit. $4700 - LAURA RENDON	6.00	28200	0	460600
22/06/2024	*COLIVET INYECTABLE DE 1,1 A 3 ML - Unit. $5600 - CARLOS OSPINA	2.00	11200	0	471800
22/06/2024	*MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - CARLOS OSPINA	1.00	5200	0	477000
22/06/2024	*MARBOQUIN 10% INY X ML - Unit. $5600 - CARLOS OSPINA	1.50	8400	0	485400
22/06/2024	HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - CARLOS OSPINA	1.00	31500	0	516900
22/06/2024	*CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $16000 - CARLOS OSPINA	1.00	16000	0	532900
22/06/2024	ANALGESIA MULTIMODAL - Unit. $16200 - JULIÁN DÍAZ	1.00	16200	0	549100
22/06/2024	CISTOTOMIA / CANINO 20,1-30 KG - Unit. $623900 - LAURA RENDON	1.00	623900	0	1173000
22/06/2024	*OXIGENO MEDICINAL A 4L/MIN X HORA (PARED) - Unit. $6800 - LAURA RENDON	2.00	13600	0	1186600
22/06/2024	*ISOFLUORANO X 0 A 8 ML - Unit. $35600 - LAURA RENDON	1.00	35600	0	1222200
23/06/2024	HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	31500	0	1253700
23/06/2024	*MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	5200	0	1258900
23/06/2024	*MARBOQUIN 10% INY X ML - Unit. $5600 - SANTIAGO PULGARIN	2.00	11200	0	1270100
23/06/2024	*COLIVET INYECTABLE DE 1,1 A 3 ML - Unit. $5600 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	5600	0	1275700
23/06/2024	*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN	2.00	1000	0	1276700
23/06/2024	*19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $350 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	350	0	1277050
23/06/2024	*CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $16000 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	16000	0	1293050
24/06/2024	*MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - CARLOS OSPINA	1.00	5200	0	1298250

Moneda: $

SALDO: 1298250

Alcaldía de PEREIRA

CONCEPTO TÉCNICO

Versión: 1

Fecha de vigencia: 12/02/2024

INFORMACION DEL PREDIO	
Corregimiento:	BARRIO CUAYABAL
Vereda:	MZ 53 - CS 6
Nombre Finca:	
Ficha catastral:	
Coordenadas: N:	W:

INFORMACION DEL PROPIETARIO	
Nombres:	OLINDE
Apellidos:	LONDOÑO
Cédula Nº	34052061
Tel fijo:	Celular: 3222245923

Fecha visita: DD/MM/AAAA

Diario de Labores Nº:

COMPONENTE: BIENESTAR ANIMAL

ASUNTO: ATENCIÓN MÉDICA A CANINO

DESCRIPCION: ANTECEDENTES: LOS PROPIETARIOS DEL CANINO MACHO (PITBULL, COLOR AMARILLO CON BLANCO), REPORTAN QUE SU MASCOTA TIENE DIFICULTADES PARA DEFECAR Y PARA ORINAR, ADEMÁS MUESTRA SIGNOS DE DOLOR CONSTANTES.

OBSERVACIONES: EL CANINO SE ENCUENTRA CON ABDOMEN DISTENDIDO, CON SIGNOS DE DOLOR ABDOMINAL. (SU DOLOR NO LE PERMITE CAMINAR)

CONCLUSIONES:
- SIGNOS DE DOLOR ABDOMINAL (POSIBLE OBSTRUCCIÓN)
- DIFICULTAD PARA DEFECAR Y ORINAR.
- IMPOSIBILIDAD PARA CAMINAR DEBIDO AL DOLOR.

RECOMENDACIONES:
- REALIZAR ECOGRAFÍA, RADIOGRAFÍA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.
- DAR INFORMACIÓN A SU PROPIETARIA OLINDE LONDOÑO → 3222245923

Nota. Este concepto se complementa con registro fotográfico

NOMBRE DEL TÉCNICO: FRANK ARBELÁEZ **FIRMA** _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES DE LA RED PÚBLICA VETERINARIA

Yo María Olinde Londoño identificado con cédula de ciudadanía número 34.054.061 de Pereira en calidad de tutor de Naylo, especie Canino, raza Pitbull, sexo M X H ___, de 4 años, con 28 Kg de peso e historia clínica número 2566. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud de mi mascota por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar la salud del paciente.

Comprendo que los gastos derivados de la presente atención serán asumidos de manera parcial por la secretaria de desarrollo rural del municipio de Pereira a través de un convenio de cooperación suscrito con la clínica Visión de las Américas, por lo que dicha secretaria podrá solicitar información sobre los avances del tratamiento, historia clínica e imágenes del paciente y definirá el monto máximo por el cual se prestará el servicio. En caso que los costos excedan el tope por ellos establecidos, yo como tutor deberé asumir los costos adicionales del tratamiento del paciente en este u otro centro veterinario de mi elección.

he recibido y entendido la información sobre las posibles necesidades de atención de mi paciente que incluyen hospitalización, diagnóstico por imágenes, diagnósticos de laboratorio, cirugía, consulta especializada, suministro de medicamentos-quimioterapéuticos-transfusiones y en el peor de los casos eutanasia, y de necesitar ser anestesiado o tranquilizado comprendo que la **CLASIFICACIÓN DE RIESGO ANESTÉSICO ASA** de mi mascota es II entiendo que, dentro de los riesgos posibles y efectos colaterales del procedimiento a realizarse se encuentran: Paro cardio respiratorio- pentonitis - esofagitis.

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a

medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente 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.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados conforme a los protocolos médicos, quirúrgicos y de bienestar animal. En caso de agravamiento de la enfermedad o perdida de la calidad de vida, autorizo a los profesionales de la **Institución Universitaria Visión de las Américas** para aplicar la eutanasia en caso de yo no estar presente, siempre y cuando se me solicite autorización previa y pueda hacerlo por mensaje de texto o e-mail.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste, tampoco se hace responsable de los daños a terceros. Así mismo, autorizo a la **Institución Universitaria Visión de las Américas** de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellos que por negligencia de su propietario permanezcan sin autorización de tratamiento dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico y requerimientos o 2 días después de notificada la salida del paciente sin que nadie se presente a recogerlo, evento en el cual la **Institución Universitaria Visión de las Américas** podrá libremente disponer del paciente y el Tutor o responsable no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra la clínica o el médico veterinario.

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución.

He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

Autorizo la obtención, divulgación y publicación de imágenes y datos de la historia clínica del paciente por parte de la Institución Universitaria Visión de las Américas con fines académicos y/o para difusión en redes sociales.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de la **Institución Universitaria Visión de las Américas**.

En contraparte yo María Cabarca con tarjeta profesional número RPP99 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

Para constancia se firma el 21 de Junio del 20 24

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el paciente.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 21 de Junio del 20 24

maria olinde londoño

Propietario/acudiente:
CC: 34052061
Tel: 3222245423

Médico Veterinario:
MP: RPP99

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Ingresa: 21/06/2024
Paciente: Mayo # HC: 2566
Diagnostico presuntivo: Obstruccion Uranaria

Sexo: M X H
Especie: Canino
Edad: 4 Años

Peso: 28Kg Cta $ #3
Médico: Maria Cabarca
Obs.

FECHA	MEDICAMENTO	FRE	VIA	MG/KG	DOSIS ML	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
21/06	Colivet	C/12	IV	25mg	1,4ml													⊗											
22/06	Colivet	C/12	IV/SC	25	1,4	⊗												⊗											
	Meloxicam 2%	C/24	IV	0.2mg	0,3ml												⊗												
	Marbogyin	C/24	IV	50mg	1,4ml												⊗												
	Pregabalina (50mg)	C/12	VO	2mg	1cap														⊗										
23/06	Colivet	BID	IV/SC	25	1,4	⊗												⊗											
	Meloxicam 2%	SID	IV/SC	0,1	0,15												⊗												
	Marbogyin 10%	SID	SC	5	1,4												⊗												
	Pregabalina	BID	PO		1 cap		⊗												⊗										⊗
	Colivet	—	—	—	—																								
24/06	Meloxicam 2%	SID	SC/IV	0,1 mg	0,15 ml												⊗												
	Marbogyin 10%	SID	SC	5 mg	1,4ml												⊗												
	Pregabalina (50mg)	BID	PO	2mg	1cap												⊗												⊗

Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:

Programado 0
Aplicado X

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

Exámen físico diario paciente hospitalizado

Paciente: MAKO Numero de HC: 2566 Peso de ingreso: 28Kg

Ingresa: 21 jun 2024 Obs:

FECHA																
HORA	21 jn	22 JUN	22/06	23/06	24/06											
PARAMETRO	5:30Pm	6:00 AM	5:00pm	5:00	6:00											
T°	38.2°	38,5	37.1°C	37.9	38											
FC	96	112	100	96	104											
FR	44	32	24	24	32											
PULSO	F/C	F/C	F	F	F/C											
MUCOSAS	Rojo	ROJO	R	R	R											
TLLC	1"	2"	2S	2S	2-1											
COME	Si	SI	Si	Si	Si											
BEBE	Si	SI	Si	Si	Si											
VOMITO	NO	NO	NO	No	NO											
HECES	Si	SI	NO	Si	Si											
MICCION	Si	Si (SONDA)	Si	Si	Si											
PESO																
PRESION ARTERIAL MEDIA			—													
% DESHIDRATACION			—													
FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex			—													
Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm			—													
Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am			—													
SCORE GLASGOW *dolor			4/20	2/20												
SCORE GLASGOW *neuro																
REALIZADO POR *iniciales	(JDV	CAO	MDLB	MDLB	SPJ											
PENDIENTES																
OBSERVACIONES																

CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALI[illegible]O

PACIENTE: Negro	FECHA	FECHA		FECHA
ARTICULO	21/06	23/06		
ARENA PARA GATOS X LB				
ACIFLUX TAB 500 MG				
BATA BLANCA DESECHA.				
BURETA 150 ML X UND				
CANULA NASAL DE OXIGENO				
CATETER IV 18				
CATETER IV 20 ROSADO				
CATETER IV 22 AZUL	1+1			
CATETER IV 24 AMARILLO				
COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND				
CONSUMIBLES HOSPITAL				
COPITO MADERA ESTERIL				
CUCHILLA BISTURI #				
CUCHILLA BISTURI #				
ENTEREX POLVO X 8 GR				
EQUIPO PERICRANEAL 21G	1			
EXTENCION PARA ANESTAESIA				
FCO GOTERO X ____ ML				
FCO RECOLECTOR COPRO.				
FCO RECOLECTOR ORINA				
FORMULA DE CONTROL ESPE.				
GUANTES QX ESTERIL 7,5				
GUANTES QX ESTERIL 6,5				
JERINGA PUNTA CATE.				
JERINGA 1 ML		1+1		
JERINGA 10 ML				
JERINGA 20 ML				
JERINGA 2-3 ML	1	1		
JERINGA 5 ML				
JERINGA 50 ML				
KIT MICRONEBULIZACION				
LATA C/N 156 G				

# HC 2566	FECHA		FECHA	FECHA
ARTICULO	21/06			
LATA CANINE I/D 13 OZ				
LATA E/N CANINO 377 G				
LATA FELINO I/D 5.5 OZ				
LATA HA CANINE X 377 GR				
LLAVE DE TRES VIAS				
MILPRO ADULTO 16MG/40MG				
MILPRO CACHORRO TAB				
OXIGENO MEDICINAL (PARED)				
OXIGENOTERAPIA CONCENTRA.				
SET DE TRANSFUSION SANGRE				
SOL. DEXTROSA 5% 500 ML				
SOLUCION CLORURO X 100ML				
SOLUCION CLORURO X 500ML				
SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML	1			
SONDA FOLEY 2 VIAS #				
SONDA LEVIN NASOGA. #				
SONDA NELATHON # 10	1			
SONDA NELATHON #				
SONDA URINARIA FELINO				
SUPRASOB A COMPRESA				
SUT. AC POLIGLICOLICO #				
SUT. POLIDIOXANONA #				
SUT. POLIGALACTINA #				
SUTURA N/A #				
TAPON HEPARINIZADO	1+1			
TEST DE FLUORESCEINA				
TEST DE LEUCEMIA				
TEST DE MOQUILLO				
TEST DE PARVOVIRUS				
TEST DE SCHIMER TIRILLA				
TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt				
TIRA PARA CETONA EN SANGRE				

		FECHA	FECHA	FECHA
ARTICULO	21/06	22/06	23/06	
TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI				
TUBO ENDOTRAQUEAL #				
TUBO ENDOTRAQUEAL #				
VENDA COBAN PET-FLEX				
VENDA TELA O GASA 4X5 UND				
VENOCLISIS MACROGOTEO	1			
VENOCLISIS MICROGOTEO				
VLIWASORB APOSITO				
VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA)				
CITOLOGIA				
ECOGRAFIA ABDOMINAL	1			
ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE				
HEMOGRAMA UAM	1			
HIDRATACION	1			
HISTOPATOLOGIA				
HOSPITALIZACION	1	1	1	
NEBULIZACION				
REPORTE RADIOGRAFICO				
SERVICIOS Y OTROS				
Parcial de Orina	1			

CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

PACIENTE:	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
ARTICULO				
ARENA PARA GATOS X LB				
ACIFLUX TAB 500 MG				
BATA BLANCA DESECHA.				
BURETA 150 ML X UND				
CANULA NASAL DE OXIGENO				
CATETER IV 18				
CATETER IV 20 ROSADO				
CATETER IV 22 AZUL				
CATETER IV 24 AMARILLO				
COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND				
CONSUMIBLES HOSPITAL				
COPITO MADERA ESTERIL				
CUCHILLA BISTURI #				
CUCHILLA BISTURI #				
ENTEREX POLVO X 8 GR				
EQUIPO PERICRANEAL 21G				
EXTENCION PARA ANESTAESIA				
FCO GOTERO X ____ ML				
FCO RECOLECTOR COPRO.				
FCO RECOLECTOR ORINA				
FORMULA DE CONTROL ESPE.				
GUANTES QX ESTERIL 7,5				
GUANTES QX ESTERIL 6,5				
JERINGA PUNTA CATE.				
JERINGA 1 ML				
JERINGA 10 ML				
JERINGA 20 ML				
JERINGA 2-3 ML				
JERINGA 5 ML				
JERINGA 50 ML				
KIT MICRONEBULIZACION				
LATA C/N 156 G				

# HC	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
ARTICULO				
LATA CANINE I/D 13 OZ				
LATA E/N CANINO 377 G				
LATA FELINO I/D 5.5 OZ				
LATA HA CANINE X 377 GR				
LLAVE DE TRES VIAS				
MILPRO ADULTO 16MG/40MG				
MILPRO CACHORRO TAB				
OXIGENO MEDICINAL (PARED)				
OXIGENOTERAPIA CONCENTRA.				
SET DE TRANSFUSION SANGRE				
SOL. DEXTROSA 5% 500 ML				
SOLUCION CLORURO X 100ML				
SOLUCION CLORURO X 500ML				
SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML				
SONDA FOLEY 2 VIAS #				
SONDA LEVIN NASOGA. #				
SONDA NELATHON #				
SONDA NELATHON #				
SONDA URINARIA FELINO				
SUPRASOB A COMPRESA				
SUT. AC POLIGLICOLICO #				
SUT. POLIDIOXANONA #				
SUT. POLIGALACTINA #				
SUTURA N/A #				
TAPON HEPARINIZADO				
TEST DE FLUORESCEINA				
TEST DE LEUCEMIA				
TEST DE MOQUILLO				
TEST DE PARVOVIRUS				
TEST DE SCHIMER TIRILLA				
TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt				
TIRA PARA CETONA EN SANGRE				

	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
ARTICULO				
TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI				
TUBO ENDOTRAQUEAL #				
TUBO ENDOTRAQUEAL #				
VENDA COBAN PET-FLEX				
VENDA TELA O GASA 4X5 UND				
VENOCLISIS MACROGOTEO				
VENOCLISIS MICROGOTEO				
VLIWASORB APOSITO				
VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA)				
CITOLOGIA				
ECOGRAFIA ABDOMINAL				
ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE				
HEMOGRAMA UAM				
HIDRATACION				
HISTOPATOLOGIA				
HOSPITALIZACION				
NEBULIZACION				
REPORTE RADIOGRAFICO				
SERVICIOS Y OTROS				

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

FORMULARIO DE MONITORIZACIÓN ANESTÉSICA DEL PACIENTE QUIRUGICO

Procedimiento (s): Urethrotomia. Paciente: Maylo HC: _____ **Fecha:** 22/06/24

Diagnostico: Cálculos Canino: X Felino: ____ Raza: Pitbull **Peso (kg):** 28

Temperatura: 37.6 Fc: 12 Fr: _____ Pulso: FCR. Mucosas: Rosa # Catéter: 22 **ASA:** II

PREMEDICACIÓN

Profesional Encargado: **Rotante:** **Tipo de líquidos:**

Medicamento *nombre/concentracion	Dosis (mg/kg)	Dosis (ml)	Vía de admin	Hora de aplicación
Xilocina	0,5 mg	0.5 ml	I.V	9:50
Ketamina	2 mg.	1 ml	I.V	9:50
Meloxicam.	0.2mg	0,3 ml	S.C	9:50
Tramadol	3 mg	1.7 ml	I.V	

Nivel de sedación: ninguno ____ leve ____ adecuado ____ excesivo _____ Tubo endotraqueal: # _____ Hora de intubación: _____

INDUCCIÓN

Profesional Encargado: **Rotante:** **Tipo de líquidos:**

Medicamento *nombre/concentracion	Dosis (mg/kg)	Dosis (ml)	Vía de admin	Hora de aplicación
Propofol	3 mg	6 ml	I.V	10:00

HIDRATACIÓN ANESTÉSICA

Tipo de solución	Primera hora (ml/kg/h) *Perro : 10 ml/kg/h **Gato: 5 ml/kg/h)	Después de 1 hora (ml/kg/h) *Perro : 5 ml/kg/h **Gato: 2.5 ml/kg/h	Volumen total administrado

ALTERACIONES Y/O COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Tipo de Complicación	Hora	Observaciones

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

MANTENIMIENTO ANESTESICO

MV en anestesia: D. N **MV cirujano:** Dra **Estudiante:** _____

Hora de inicio cirugía: _____ **Hora de finalización cirugía:** _____

Minutos	5"	10"	15"	20"	25"	30"	35"	40"	45"	50"	55"	60"	65"	70"	75"	80"
Hora	10:20	10:25	10:30	10:35	1040	10:45	10:50	10:55								
ISO%	3	3	3	3	3	3	3	3								
O2 L/m	3	3	3	3	3	3	3	3								
FC	110	100	116	116	120	119	119	120								
FR	12	12	—	—	—	12	12	12								
T°C																
SpO2	99	98	98	98	98	96	99	98								
Pulso	fc	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃								
Fluidos ml/h	—	—	—	—	—	—	—	—								
PA	104/67															
OBS.																

Minutos	85"	90"	95"	100"	105"	110"	115"	120"	125"	130"	135"	140"	145"	150"	150"	155"
Hora																
ISO%																
O2 L/m																
FC																
FR																
T°C																
SpO2																
Pulso																
Fluidos ml/h																
PA																
OBS.																

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA CIRUGIA Y PROCEDIMEINTOS

FECHA 22/06/24 PACIENTE Maylo HC _____ PROCEDIMIENTO Cistostomia

ARTICULO	S	D	U	ARTICULO	S	D	U	MEDICAMENTOS	S	D	U
*19 AGUJA ESPINOCAN 20G X 3 1/2				*SOLUCION CLORURO D SODIO X 500ML				*EUTHANEX INY X ML			
*19 AGUJA HIPODERMICA 18G 1 1/2	2			*SOLUCION OSMORIN MANITOL 20% X 500 ML				*FENTANILO 0.05 MG/ML x dosis (AMP 10 ML)			
*19 AGUJA HIPODERMICA 21G 1 1/2				*SOLUCIÓN DEXTROSA AL 5% X 500 ML				*FENTANILO 0.1 MG/2ML x dosis (AMP 2 ML)			
*19 AGUJA HIPODERMICA 23G X 1				*SOLUCIÓN DEXTROSA AL 50% X 1 ML				*ISOFLUORANO RECARGA			
*19 ARENA PARA GATOS X LB				*SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML				*KAVITEX F1			
*19 BAJALENGUAS X UNIDAD				*SONDA FOLEY 2 VIAS N10				*KETAMINA INY DOSIS X ML			
*19 BATA BLANCA DESECHABLE MANGA LARGA				SONDA FOLEY 2 VIAS N20				*MANITOL 20% X ML			
*19 BATAS AZUL PACIENTE PUÑO RIB UNIDAD	1			*SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #14				*MELODOL INY 0,5% X ML			
*19 CAMPO ESTERIL CERRADO 0,80/0,80				*SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #16				*MELOXIC INY 2% X ML			
*19 COPITO MADERA ESTERIL UND				*SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #18				*MIDAZOLAM INY X ML			
*19 COPITOS DE MADERA X UND				*SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #6				*MULTIBIO INY X ML			
*19 CUCHILLA BISTURI #10 UD	1			*SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #8				*OMEPRAZOL AMP X 40 MG/ML			
*19 CUCHILLA BISTURI #15 UNIDAD				*SONDA NELATHON NO 10				*ONDANSETRON AMPLL 8 MG/4L			
*19 CUCHILLA BISTURI #21 UND				*SONDA NELATHON NO 12				*OXITOCINA DOSIS X ML			
*19 CUCHILLA MINORA CAJA X 5 UND				*SONDA NELATHON NO 14				*PENTHAL INY X ML			
*19 FRASCO GOTERO X 10 ML				*SONDA NELATHON NO 16				*PROCAINA INY X ML			
*19 FRASCO GOTERO X 120 ML				*SONDA NELATHON NO 18				*PROPOFOL INY 1% DOSIS X ML			
*19 FRASCO GOTERO X 60 ML				*SONDA NELATHON NO 20				*QUERCETOL INY XML			
*19 FRASCO RECOLECTOR ORINA	1			*SONDA NELATHON NO 4				*RANIDIN INY X ML			
19 GORROS CIRUGÍA DESECHABLES UNIDAD				*SONDA NELATHON NO 6				*RESUPRAM INY DOSIS X ML			
9 GUANTES QUIRÚRGICOS 6,5 PAQUETE X 2	2			*SONDA FOLEY 2 VIAS N12				*RONCAINA INY DOSIS X ML			
*19 GUANTES QUIRÚRGICOS 7,5 PAQUETE X 2				*SONDA FOLEY 2 VIAS N14				*TRAMADOL 50MG/ML AMPLL X 2 ML			
*19 GUANTES QUIRÚRGICOS 8,5 PAQUETE X 2				*SONDA FOLEY 2 VIAS N16				*TRANQUILAN INY X ML			
*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD	1			*SONDA FOLEY 2 VIAS N18				*VETHISTAM INY X ML			
*19 JERINGA 10 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD	1			*SONDA FOLEY 2 VIAS N22				*XILASYNA 2% INY DOSIS X ML			
*19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND				*SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #10				*ZOLETIL INY X ML			
*19 JERINGA 20 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD	1			*SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #12				*HEPARINA SODICA 5000 UI/ML X ML			
*19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD	3+1			*SONDA NELATHON NO 8				Cistostomia	1		
*19 JERINGA 50 ML UNIDAD				*SONDA URINARIA FELINO X UND							
*19 JERINGA 60 ML PUNTA CATETER				*SUPRASOB A COMPRESA							
*19 KIT DE MICRONEBULIZACION PEDIATRICO				*SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 0							
*19 LAPIZ ELECTROBISTURI				*SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 1	1						
*19 LLAVE DE TRES VIAS				*SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 2-0							
*19 POLAINAS DESECHABLES PAR.				*SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 3-0	1						
*19 PUNCH PARA BIOPSIA 3 MM				*SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 5-0							
*19 TAPABOCAS ELAST X UNIDAD				*SUTURA A. POLIDIOXANONA 2-0							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 2				*SUTURA A. POLIGALACTINA 0 (UNIDAD)							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 2.5				*SUTURA A. POLIGALACTINA 1 (UNIDAD)							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.0				*SUTURA A. POLIGALACTINA 2-0 (UNIDAD)							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.5				*SUTURA A. POLIGALACTINA 3-0 (UNIDAD)							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.0				*SUTURA A. POLIGALACTINA 4-0 (UNIDAD)							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.5				*SUTURA N/A 0 (UNIDAD)							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 5.0				*SUTURA N/A 2-0 (UNIDAD)	1						
TUBO ENDOTRAQUEAL # 5.5				*SUTURA N/A 3-0 (UNIDAD)							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.0				*SUTURA N/A 4-0 (UNIDAD)							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.5				*SUTURA N/A 5-0 (UNIDAD)							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 7.0	1			*TAPON HEPARINIZADO UND	1						
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 7.5				*TEST DE FLUORESCEINA OFTALMICO							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 8.0				*TEST DE SCHIMER OFTALMICO TIRILLA UND							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 8.5				*TG FIX VENDA TUBULAR ELASTICA X METRO							
*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 9.0				*VENDA COBAN PET-FLEX 10 X 4,5 TS							
*AGUA ESTERIL X 500M				*VENDA TELA O GASA 4X5 UND							
*BURETA 150 ML X UND				*VENOCLISIS MACROGOTEO							
*CANULA NASAL DE OXIGENO ADULTO				*VENOCLISIS MICROGOTEO							
*CATETER INTRAVENOSO 18				*VLIWASORB APOSITO							
*CATETER INTRAVENOSO 20 ROSADO				*ADRENALINA INY X ML							
*CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL	5			*ATROPINA SUSP INY X 1 ML							
*CATETER INTRAVENOSO 24 AMARILLO	1			*BUTORMIN INY X ML				**Observaciones:**			
*COMPRESA ESTERIL 45X45	1			*CERENIA SUSP INY X ML							
*EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD				*COLIVET INYECTABLE X ML							
*EXTENCION PARA ANESTAESIA ADULTO				*CONVENIA SUSP INY X ML							
*FCO PROPOFOL 1% VIAL X 20ML				*DEXAMETASONA 8MG/2ML							
*OXIGENO MEDICINAL A 2L/MIN X HORA (PARED)				*DEXMEDETOMIDINA INY X ML							
*OXIGENO MEDICINAL A 4L/MIN X HORA (PARED)				*DUPLOCILLINA LA SUSP INY X ML							
*SET DE TRANSFUSION SANGRE				*EDO ATP SUSP INY X ML							
*SOLUCION CLORURO D SODIO X 100ML	2			*EPINEFRINA INY AMPLL 1 MG / ML							

Suministra:	**Devuelve:**	**Carga cuenta:**

***S suministrados o alistados** ***D Devueltos o no usados** ***U utilizados = S-D**

Institución Universitaria Visión de las Américas
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia
Clínica Veterinaria

REGISTRO DE ENTREGA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS DE LA RED PUBLICA VETERINARIA

Yo María Olinda Londoño identificado con cedula de ciudadanía número 34052061 de Pereira entiendo que Mayion identificada con historia clínica número 2566 ha terminado su proceso de hospitalización y tiene alta médica, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa.

Además, a partir de este momento me hago responsable económicamente de Maylo. tanto en su manutención como de sus gastos médicos que pueden incluir radiografías, ecografías, exámenes de sangre y/o procedimientos adicionales a los que ya se le han practicado.

Certifico que el/la paciente recibió la atención primaria que requería, fue sometida a procedimientos quirúrgicos y servicios hospitalarios por valor de $ 1'203.250., y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de estos servicios.

Comprendo que en caso de no seguir el plan de terapéutico instaurado y las recomendaciones pos quirúrgicas dadas por los médicos puede haber complicaciones tales como:
Deiscencia sutura - infeccion - recidivas.

Soy consciente de estos riesgos, he comprendido la información suministrada por ende me comprometo a seguir al pie de la letra las recomendaciones recibidas y la recuperación del/la paciente está ahora bajo mi propia responsabilidad y en constancia de ello firmo libre y voluntariamente.

Yo, Carlos Ospina. en calidad de médico veterinario certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas y riesgos a los que el paciente puede estar expuesto al dar alta médica, he contestado todas las preguntas y considero que el tutor comprende todo lo explicado.

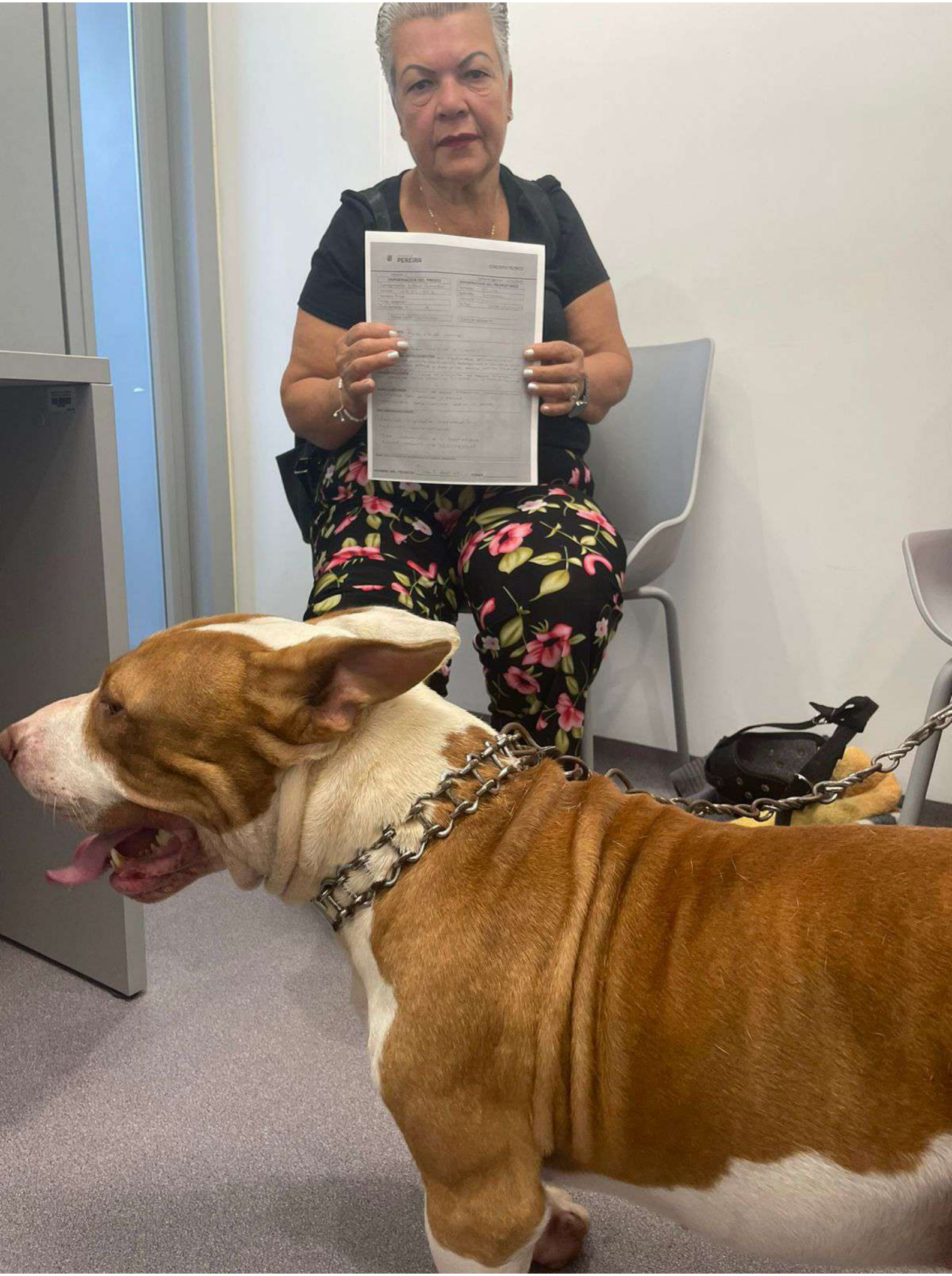
Mario Olinda Londoño
Propietario/acudiente:
CC: 34052061

Médico Veterinario:
M.P: 3610

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 24 de Jun de 24.

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable del/la paciente.




PEREIRA





Clinica Veterinaria UAM
Avenida Circunvalar #9-67.
Pereira, Risaralda - Colombia
320303-ext 6024

zoetis

MAILO

ID del paciente: 2566

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 2/01/2020
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: PITBULL
Doctor: Desconocido/a

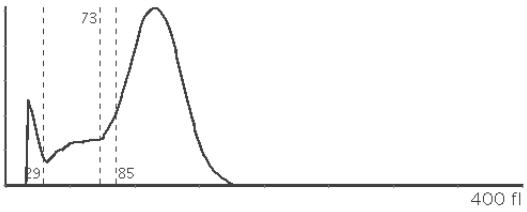
Hematología

Fecha: 21/06/2024 01:58 PM N° de serie del analizador: 360017749

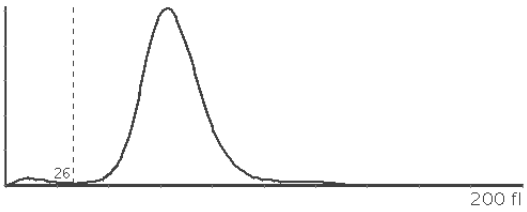
	RESULTADO	BAJO	NORMAL	ALTO
LEU Leucocitos/Glóbulos blancos	14.11 10^3/µl		6.0	17.0
LIN Linfocito	2.20 10^3/µl		1.0	4.8
MON Monocito	1.02 10^3/µl		0.2	1.5
NEU Neutrófilo	10.86 10^3/µl		3.0	12.0
EOS Eosinófilo	0.03 10^3/µl		0.0	0.8
BAS Basófilo	0.00 10^3/µl		0.0	0.4
LIN% Linfocito (%)	15.6 %			
MON% Monocito (%)	7.2 %			
NEU% Neutrófilo (%)	76.9 %			
EOS% Eosinófilo (%)	0.2 %			
BAS% Basófilo (%)	0.0 %			
ERI Eritrocitos/Glóbulos rojos	6.20 10^6/µl		5.5	8.5

	RESULTADO	BAJO	NORMAL	ALTO
Hb Hemoglobina	13.0 g/dl		12.0	18.0
Hto Hematocrito	40.99 %		37.0	55.0
VCM Volumen corpuscular medio	66 fl		60.0	77.0
HCM Hemoglobina corpuscular media	20.9 pg		19.5	24.5
CHCM Concentración de HCM	31.6 g/dl		31.0	39.0
RDWc Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación	18.1 %		14.0	20.0
RDWs Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar	39.1 fl			
PLT Plaquetas	93 10^3/µl	BAJO	165.0	500.0
VPM Volumen plaquetario medio	11.6 fl	ALTO	3.9	11.1
PCT Plaquetocrito	0.11 %			
PDWc Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación	40.7 %			
PDWs Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar	22.3 fl			

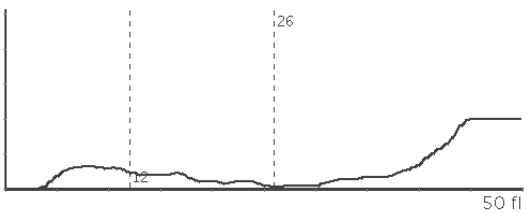
Histograma: LEU



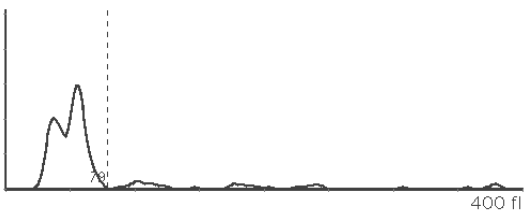
Histograma: ERI



Histograma: PLT



Histograma: EOS



Informe Resultados MAYLO HC 2566, Numero de reporte IR-P25879 F

Profesional solicitante:	DANIELA LABARCA	**Identificación:**	MAYLO HC 2566
Empresa :	CLINICA UAM	**Propietario:**	RED PUBLICA
Dirección Empresa:	NR	**Especie / Edad:**	CANINA / 3 AÑOS
Teléfono Empresa:	NR	**Raza / Sexo:**	MIX / MACHO
Fecha de Ingreso:	2024-06-21 14:44	**Fecha de Reporte:**	2024-06-21 14:56

Examen	Resultado	Unidad	Rango Sugerido
1 Citoquimico de Orina. Urit			
Color	AMARILLO PALIDO		Amarillo palido a marron
Aspecto	TURBIO		
Leucocitos	POSITIVO	Leu/ul	Negativo
Cuerpos Cetónicos	NEGATIVO	mg/dl	Negativo
Nitritos	NEGATIVO	mg/dl	Negativo
Urobilinogeno	33	µmol/L	7-16 Negativo a debil positivo
Bilirrubina	NEGATIVO	mg/dL	Negativo debil a positivo
Glucosuria	NEGATIVO	mg/dL	Negativo
Proteinuria	6.0	mg/dL	Negativo
Densidad	1035	mg/dl	1030-1035
pH	7.5		5.5-7.0
Sangre en Orina	POSITIVO	Eri/uL	Negativo
Acido Ascorbico	2.8	mmol/L	<5.0
Microalbuminuria	150	mg/L	<300
Calcio en orina	2.5	mmol/L	<7.50
Creatininuria	17.6	mmol/L	<30
UPC (Ratio proteína/creatinina en orina)	0.341	mg/dl	<0.5 mg/dl
Analisis Sedimento Urinario			
Cantidad de sedimento:	MODERADO		
Leucocitos.	25-30 PC		
Eritrocitos:.	4-6 PC		
Bacterias	ESCASAS		
Celulas bajas	3-5 PC		
Celulas altas	4-6 PC		
Cristales de Orina	ESTRUVITA:ABUNDANTES		
Cilindros	NO SE OBSERVA		
Otros Hallazgos	NO SE OBSERVA		

Estado de la muestra: Satisfactorio
Metodo(s): Lectura en Tirilla/ UroColor 10/ Standar Diagnostics. pH MQuant. Urit 14G. Urit G14. URIT 14G URINE. //**Analista**: / **Fecha de análisis:**

Procesado por: **Revisado por:** Josept Curiel Peña.

Director Científico: Luis Rúa Ceballos, M.V.
Coordinador: Josept Curiel Peña, Microbiólogo.

Clausulas informativas:
1.La organización o persona que realiza la toma de la muestra es responsable de las condiciones de almacenamiento y entrega al Laboratorio.
2.Resultado válido para la(s) muestra(s) analizada(s). EJELAB Laboratorio de diagnostico agro-veterinario S.A.S se ciñe a la identificación del vial o tubo primario de la muestra.
3.Documento válido sólo si contiene firma manuscrita y sello del laboratorio, por tanto no debe reproducirse sin la aprobación de EJELAB Laboratorio de diagnostico agro-veterinario S.A.S. Cuando sea necesario, solicite la copia del original con firma y sello.

Fin del Informe de resultados N°:IR-P25879

Dirección Crr 2 #32c - 03. Piso 1 **sede administrativa.** Piso 2 **laboratorio** PBX +57 (6) 606 3136919 y 606 3136922
Whatsapp: 3113824997 | **E-mail:** testlabeje@gmail.com | **Web:** www.laboratorioejelab.com

Clinica Veterinaria UAM
Avenida Circunvalar #9-67.
Pereira, Risaralda - Colombia
320303-ext 6024

zoetis

MAILO

ID del paciente: 2566

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 2/01/2020
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: PITBULL
Doctor: Desconocido/a

Preventive Care Profile Plus

Fecha: 21/06/2024 01:59 PM N° de serie del analizador: 0000V20583 Lote: 3422BC2

	RESULTADO	BAJO	NORMAL	ALTO
BUN Nitrógeno ureico en sangre	18 mg/dL		7.0 – 25.0	
CRE Creatinina	1.1 mg/dL		0.3 – 1.4	
ALT Alanina aminotransferasa	32 U/L		10.0 – 118.0	
ALP Fosfatasa alcalina	26 U/L		20.0 – 150.0	
AST Aspartato aminotransferasa	55 * U/L			ALTO (14.0 – 45.0)
TBIL Bilirrubina total	0.4 mg/dL		0.1 – 0.6	
GLU Glucosa	102 mg/dL		60.0 – 110.0	
CA Calcio	9.6 mg/dL		8.6 – 11.8	
TP Proteinas totales	10.0 * g/dL			ALTO (5.4 – 8.2)
ALB Albúmina	2.4 * g/dL	BAJO (2.5 – 4.4)		
GLOB Globulina	7.6 * g/dL			ALTO (2.3 – 5.2)
NA+ Sodio	136 * mmol/L	BAJO (138.0 – 160.0)		
K+ Potasio	4.3 mmol/L		3.7 – 5.8	
CL- Cloruros	114 mmol/L		95.0 – 119.0	
tCO2 Dióxido de carbono total	23 mmol/L		12.0 – 27.0	

Hemólisis
0

Lipemia
0

Ictericia
0

Ultrasonido Veterinario
Pereira

Servicio de ultrasonido veterinario
Calle 14#23-147 álamos,Teléfono:3207229249
ultrasonidovetpereira@gmail.com
22 de junio de 2024

ESTUDIO ULTRASONOGRAFICO DE ABDOMEN

Nombre del paciente:Maylo	Medico/clinica referente:C.V UAM
Edad: 3 años.	Raza:Pit Bull.
Sexo: M/C	Historial:Disuria.

Hallazgos ultrasonográficos:

Vejiga: contenido luminal hiperecogenico suspendido en su lumen y asociado a su pared dependiente, en su lumen, se observan múltiples estructuras (3) redondeadas hiperecoicos generadoras de sombra acústica distal, tamaño (4.7mmx5.4mm), (4.7mmx4.3mm),(5.4mmx3.2mm), grosor de la pared aumentado en la region cráneo ventral,(9.4mm).
Próstata: ecogenicidad y ecotextura normal, tamaño normal, ancho (28mm), alto (16mm).
Colon descendente: patrón de contenido fecal, mucoso y gaseoso,pared normal,grosor (0.8mm).
Riñones : ecogenicidad y ecotextura normal, adecuada diferenciación corteza-medula, márgenes lisos, longitud del riñón izquierdo (66mm), longitud del riñón derecho (55mm).
glándula adrenal derecha: ecogenicidad y ecotextura normal,grosor del polo craneal (4.5mm), grosor del polo caudal (6mm).
glándula adrenal izquierda: ecogenicidad y ecotextura normal,grosor del polo craneal (5.8mm), grosor del polo caudal (5.7mm).
intestino delgado (yeyuno):pared estratificada normal, contenido luminal mucoso y gaseoso.
Estomago: patrón de contenido luminal de fluido, mucus y gas, pared estratificada engrosada (5.3mm).
Bazo: ecogenicidad y ecotextura normal.(19mm).
Hígado: ecogenicidad y ecotextura normal, patrón vascular normal.
Vesícula biliar : contenido luminal anecoico, pared normal,(0.7mm).
Duodeno: contenido luminal mucoso y gaseoso, pared estratificada normal (3.7mm).

Opinión y diagnósticos diferenciales:

Hallazgos ultrasonográficos sugerentes de cistolitiasis múltiple, sedimento mineral/detritus celulares o sanguíneos , cistitis.

Hallazgos ultrasonográficos en estomago sugieren gastritis.

Recomendaciones : Considerar realizar exámenes laboratoriales complementarios, parcial de orina, urocultivo/antibiograma, estudio radiográfico de vías urinarias con énfasis en region de uretra .

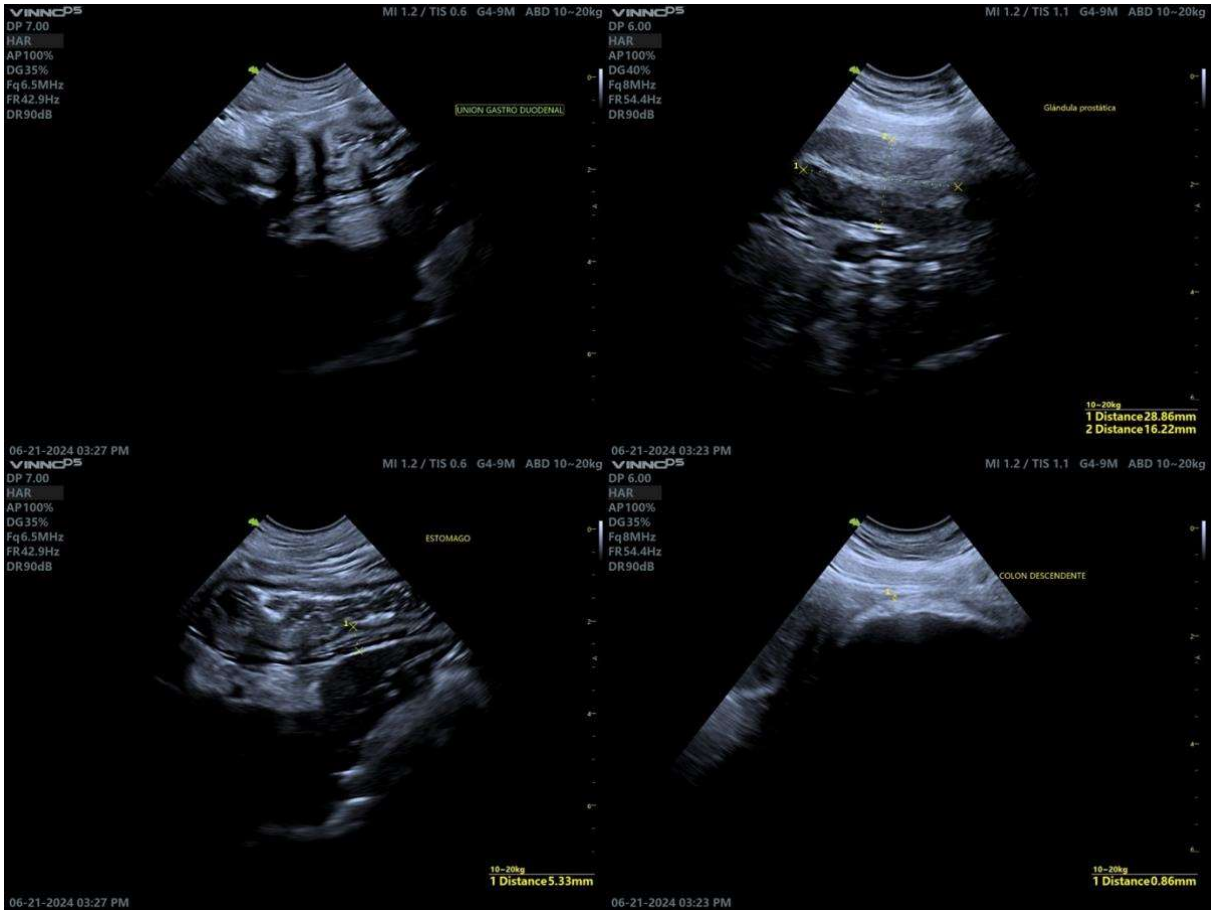
Estefania Cardona

MVZ Estefanía Cardona Cruz
M.P. 26174

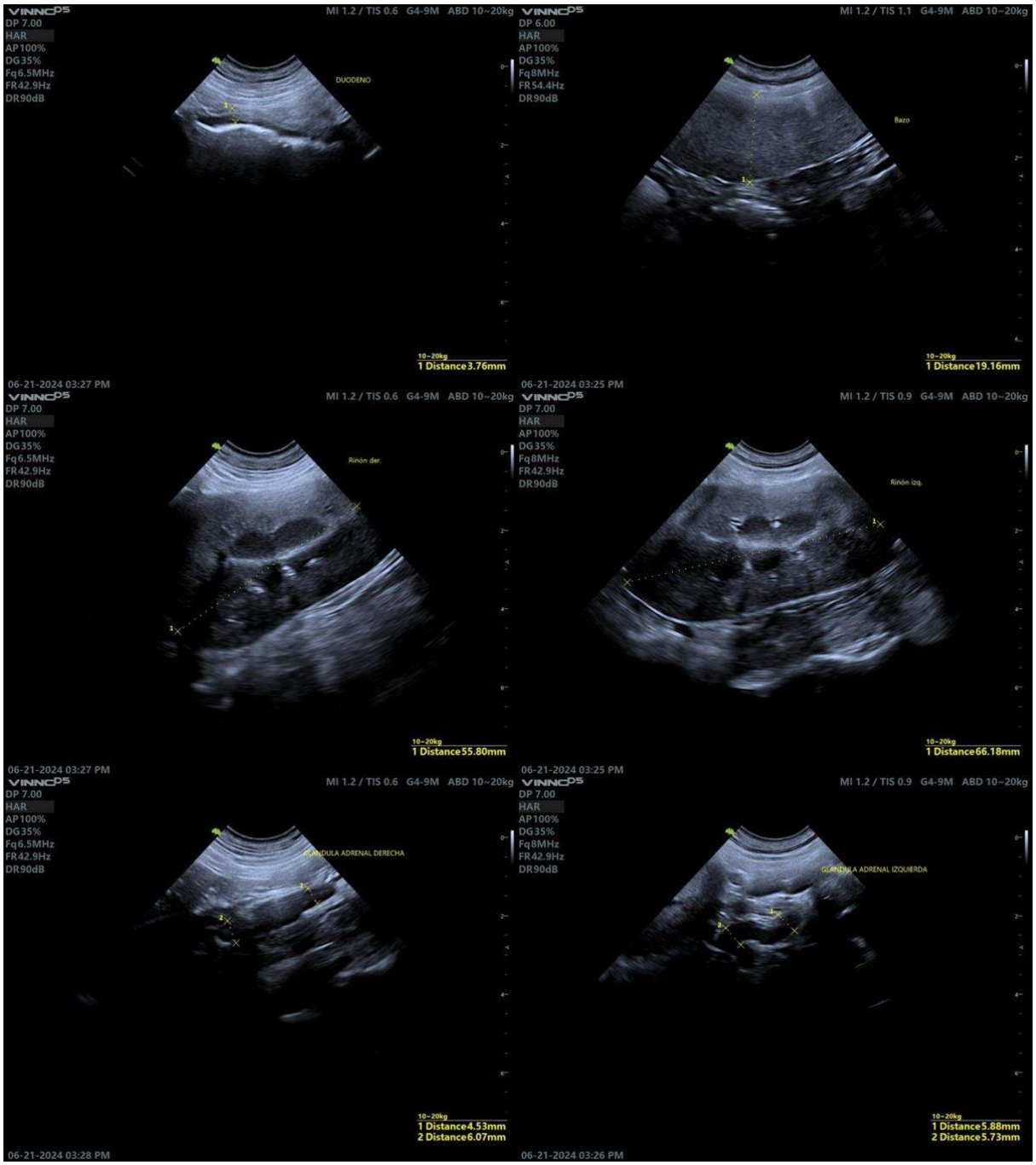
Estimado propietario : El ultrasonido es una herramienta complementaria que ayuda a visualizar estructuras internas y posibles anomalías. Sin embargo, para obtener un diagnóstico preciso y completo, es crucial integrar estos resultados con el cuadro clínico de su mascota y otros exámenes realizados previamente.

Se recomienda programar una consulta con el médico veterinario tratante para discutir los hallazgos del ultrasonido y cómo se relacionan con la salud general de su mascota. De esta manera, se podrán tomar decisiones informadas sobre el plan de tratamiento y cuidado futuro.

Imágenes:



@ultrasonidovetpereira - 3207229249 – calle 14 # 23-147 Álamos, Pereira.



@ultrasonidovetpereira - 3207229249 – calle 14 # 23-147 Álamos, Pereira.



o Veterinario
reira

@ultrasonidovetpereira - 3207229249 – calle 14 # 23-147 Álamos, Pereira.

Alcaldía de PEREIRA

CONCEPTO TÉCNICO

Versión: 1 Fecha de vigencia: 12/02/2024

INFORMACION DEL PREDIO	
Corregimiento:	SAMARIA 2
Vereda:	MZ 33 - CS 19
Nombre Finca:	
Ficha catastral:	
Coordenadas: N:	W:

INFORMACION DEL PROPIETARIO	
Nombres:	JOHANNA
Apellidos:	MORALES
Cédula Nº	1088296704
Tel fijo:	Celular: 3127164592

Fecha visita: DD/MM/AAAA

Diario de Labores Nº:

COMPONENTE: BIENESTAR ANIMAL

ASUNTO: ATENCIÓN MÉDICA (CANINA POLITRAUMATIZADA)
NOMBRE: PERLA → PINSHER

DESCRIPCION: ANTECEDENTES: LA PROPIETARIA REPORTA QUE SU CANINA FUE ATROPELLADA POR UN VEHÍCULO, CUYOS IMPACTOS, DEJARON POSTRADA A DICHA CANINA SIN MOVILIDAD DE MIEMBROS POSTERIORES.

OBSERVACIONES : CANINA CON SIGNOS DE DOLOR CONSTANTES Y EXACERBADOS, EXHIBIENDO ESTE DOLOR CON VOCALIZACIONES Y AUMENTO DE SU TEMPERATURA. LA CANINA TIENE AFECCIONES EN CADERA, MIEMBROS POSTERIORES Y ABDOMEN.

CONCLUSIONES:
- CANINA POLITRAUMATIZADA POR ATROPELLAMIENTO.
- AFECCIONES EN CADERA, MIEMBROS POSTERIORES Y ABDOMEN.
- SIGNOS DE DOLOR CONSTANTES.

RECOMENDACIONES:
- REALIZAR MANEJO DE DOLOR.
- LA CANINA YA CUENTA CON IMÁGENES DE RX.
- DAR INFORMACIÓN A LA PROPIETARIA JOHANNA

Nota. Este concepto se complementa con registro fotográfico

NOMBRE DEL TÉCNICO: FRANK ARBELÁEZ **FIRMA** _____

FICHA CLÍNICA

Impresa el *22/07/2024*

CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

Dirección: CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA Tel. (606) 320 03 03 EXT 6010
INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3
e-mail: clinicaveterinariapereira@uam.edu.co

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 29-PERLA
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 21/06/2024
Última Visita: 16/07/2024

Paciente: PERLA
Especie: CANINO
Raza: PINSCHER
Sexo: HEMBRA ENTERA
Pelaje: NEGRO FUEGO
Microchip:
Fecha de Nac.: 24/12/2021
Fecha de Alta: 21/06/2024
Última Visita: 16/07/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 21/06/2024 08:09:05 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
NOMBRE PROPIETARIA: JOHANA ANDREA MORALES
C.C: 1088296704 PEREIRA
CELULAR: 3127164592
CORREO: JANDREAMO2100@HOTMAIL.COM

Paciente es traída por atropellamiento vehicular, el cual ocurrió el día miércoles a las 8:20 pm, la atendieron en otro centro veterinario donde le administraron meloxicam y tramadol. Le practicaron estudios radiográficos en dicho centro donde fue diagnosticada con fractura acetabular izquierda craneal con desplazamiento de ilion izquierdo, luxación sacro iliaca derecha, fractura múltiple de isquion y pubis. Reportan que no ha realizado deposición, solo orina pero esta no presenta alteraciones. Le entregan formula médica a base de meloxicam 0.15% suspensión y traumeel heel tabletas. No le ven mejoria. Les recomendaron realizar manejo intrahospitalario, pero no lo autorizaron por lo tanto realizan retiro voluntario. Les recomiendan procedimiento quirúrgico de osteosíntesis.

Al examen clínico paciente presenta dolor a la manipulación de la cadera, claudicación 4/5 en MPD y 3/5 en MPI. Clínicamente se encuentra estable, con un hematoma a nivel inguinal. Se ingresa al servicio de hospitalización para manejo analgésico, se toman muestras de sangre para hemograma y rotor cuidado preventivo. Por el momento la primera indicación es solicitar a primera hora ecografía abdominal e interconsulta con ortopedista para determinar procesos y pronóstico de la paciente.

****** Exámen Físico Fecha: 21/06/2024 -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
Temperatura: 38.2 °C -- Peso: 2.9 Kg. -- F.C.: 136 /minuto -- Pulso: F/C /minuto -- F.R.: 36 /minutoGeneral: ACTIVA, ALERTA
Ojos - Orejas - Nariz - Garganta: SLA
Piel tegumento: HEMATOMA EN ZONA ABDOMINAL
Músculo esquelético: CLAUDICACION 4/5 DE MPD Y CLAUDICACION MPI 3/5
Cardiovascular: SLA
Respiratorio: SLA
Gastrointestinal: SLA
Genital - Reproductor: SLA
Neurológico: SLA
Linfático: SLA
Otros: SLA

****** Fecha: 22/06/2024 06:26:56 AM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO NOCHE: Paciente ingresa en la noche por trauma por atropellamiento, estuvo en otro centro veterinario, pero por falta de recursos se debieron en la obligación de retirarlo. Le practicaron estudio radiográfico donde reportaron fractura acetabular izquierda craneal con desplazamiento de ilion izquierdo, luxación sacro ilíaca derecha, fractura múltiple de isquion y pubis. Al examen clínico la paciente no presenta dolor marcado, tampoco vocaliza ante la manipulación. Se decide ingresar al

servicio de hospitalización para manejo del dolor y según evolución se debe consultar con ortopedista para determinar la necesidad de realizar osteosíntesis. Las imágenes de RX están impresas no las tienen digital. Se realiza CRI con Fentanilo + Lidocaína se medica con Dipirona, paciente clínicamente estable, presenta deposición y micción sin problema. Se solicita pañales y dieta blanda la cual la traen en la noche. Se le practica hemograma y rotor cuidado preventivo, pero solo arroja aumento de AST, ALT y leve disminución de Na++. En el momento está pendiente solicitar valoración ecográfica debido a un hematoma a nivel inguinal y valoración con ortopedista.

****** Fecha: 22/06/2024 05:56:08 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente estable no presenta vómitos ni diarrea, orina en el pañal en horas de la mañana, se adiciona a la medicación Pregabalina 4mg/kg VO. Tutores lo visitan y le traen alimento húmedo y Traumeel. Escala Glasgow 4/20. En horas de la tarde se toman constantes T° 37.2, FC 96, FR 28, PULSO F/C, MUCOSAS Rosa, TLLC 2". Paciente se oferta alimento y agua el cual come y bebe con apetito. Queda pendiente pedir presupuesto para la corrección de fracturas.

****** Fecha: 23/06/2024 07:29:28 AM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO NOCHE: Paciente clínicamente estable, es algo nerviosa pero no agresiva. Cada vez se desplaza mejor, no presenta dolor a la manipulación. Se ofrece comida la cual recibe con voracidad, bebe agua a voluntad. Presenta micción durante el turno, pero no deposición. Esta pendiente para mañana solicitar cotización de procedimiento de osteosíntesis.
****** Fecha: 23/06/2024 06:43:35 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente clínicamente estable, No presenta vómitos ni diarrea, Defeca mas no orina. Se mantiene todo el turno durmiendo un poco temblorosa (Se sospecha de nerviosismo), Se adiciona a la medicación ampicilina/sulbactam 20 mg/kg IV de manera preventiva. Se toman constantes FC 92 FR 24 T 37.9, Mucosas rosadas TLLC 2 segundos. Se oferta agua y alimento, pero solo come con mucho apetito. Está pendiente para mañana solicitar cotización de procedimiento de osteosíntesis.
*** Fecha: 24/06/2024 04:43:29 PM FORMULA MEDICA

****** Fecha: 24/06/2024 08:44:25 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ALTA MEDICA: Paciente clínicamente estable, esta de buen comer y cada vez se desplaza mas. Dolor controlado, estamos a la espera de la autorización por parte del convenio para proceder con la Cirugía de osteosíntesis. Por el momento para reducir el estrés de la paciente se entrega fórmula para manejo en casa a base de Lyrica y Previcox. Pendiente programar procedimiento en cuanto se autorice procedimiento.

*** Fecha: 24/06/2024 11:26:18 PM ECOGRAFIA

****** Fecha: 27/06/2024 01:28:16 PM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente ingresa a control, propietario reporta que ha estado comiendo bien. Orina y defeca. No se desplaza, solo se cambia de posición y a veces camina. La mayoría de veces ella se posiciona para hacer popo. No ha tenido vómito

Al examen físico paciente atenta al medio, un poco nerviosa. Se realiza evaluación física en los brazos del propietario para evitar apoyo del tren posterior T: 37.1ºC FC: 132lpm FR: 40rpm
Se comenta a propietarios que la cirugía está programada para el próximo JUEVES 4 DE JUL a las 4:30pm, se comenta que la paciente debe estar en la clínica a las 2pm. Se recomienda ayuno de sólidos y líquidos desde las 8am. Se comentan los riesgos durante la cirugía, se explica que la paciente puede fallecer y en el posquirúrgico puede haber rechazo del material de osteosíntesis, se comenta que deben ser muy estrictos en el reposo y que posiblemente se recomiende fisioterapia lo cual deben gestionar ellos mismos

Propietario manifiesta inquietud en cuanto al tiempo de espera tan largo para la cirugía, se le explica que lo ideal sería poder realizar los procedimientos lo antes posible, pero que en el momento en la clínica es el único día disponible para esta cirugía, se le comenta que ellos podrían realizar una cotización externa y evaluar si se puede realizar la cirugía antes en otro lugar
También se les comenta que la paciente no podrá tener partos naturales y en caso de quedar embarazada se tendrá que realizar cesárea por lo que se sugiere considerar realizar ovh a futuro

****** Fecha: 04/07/2024 12:45:57 PM -- Atendido Por: JULIÁN DÍAZ NIETO - MP. 39207
Paciente ingresa a procedimiento quirúrgico ortopédico, será realizado por el dr. Matiz, cuenta con exámenes pre quirúrgicos aptos para anestesia, se recomienda de 3 a 4 días de hospitalización según evolución, propietarios firman consentimientos de anestesia y cirugía y dicen entender todos los riesgos. se anexa informe de cirugía por parte del Dr. Matiz.

*** Fecha: 04/07/2024 07:33:13 PM INFORME CIRUGIA

****** Fecha: 05/07/2024 07:01:34 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
HOSPITALIZACION NOCHE
Se recibe paciente en post quirúrgico de osteosíntesis, se observa Glasgow de 18/24, se realiza infusión con ketamina 0.4mg/kg/6 horas, fentanilo 4mcg/kg por 6 horas, se observa mejoría, 3 horas después tiene Glasgow de 10/24, se inicia CEFALOTINA 20mg/kg, METRONIDAZOL 20mg/kg, por indicación del cirujano, también se adiciona PREGABALINA 3mg/kg, DIPIRONA 20mg/kg, paciente come lata, toma agua, no presenta vómitos, en la madrugada se da poco caldo, orina pero no defeca, está pendiente realizar radiografía de control, lo más probable es que sea bajo sedación constantes en la mañana FC 88 FR 40 TEM 37.2, Glasgow 5/24, mucosas rosas
****** Fecha: 05/07/2024 05:33:22 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO

Se Estable, no presenta vómitos ni diarrea, dolor controlado, se coloca collar isabelino debido a que quiere lamerse los puntos. Se realiza radiografía Postquirúrgica (Placas en buena posición) se envían imágenes a Traumatólogo. Se toman constantes FC 96 FR 36 T 37.5, Mucosas Rosadas TLLC 2 segundos, (Alta medica el día domingo).

****** Fecha: 06/07/2024 06:59:46 AM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO NOCHE: Paciente durante gran parte del turno a dormido, presenta micción, pero no deposición dentro de la jaula. Se continua con terapéutica instaurada y sin cambios, esta pendiente para el día domingo alta médica.

****** Fecha: 06/07/2024 06:34:49 PM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente atenta al medio, tranquila, dolor controlado, aunque no permite tomar la temperatura. Come con apetito, propietarios le traen sobres de pedigree lo cuales come con mucho apetito, orina no defeca. La paciente intenta levantarse por momentos, evita apoyar el MPI, heridas sin secreciones, inflamación moderada

****** Exámen Físico Fecha: 06/07/2024 -- Atendido Por:
F.C.: 100 /minuto -- F.R.: 36 /minutoCardiovascular: MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS. TLLC:2SG

****** Fecha: 07/07/2024 05:51:08 AM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO NOCHE: Paciente sin novedad, herida quirúrgica limpia, come y toma agua a voluntad. Esta pendiente para el día de hoy el alta médica.
*** Fecha: 07/07/2024 07:55:08 AM FÓRMULA MÉDICA

****** Fecha: 07/07/2024 10:24:29 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente atenta al medio, buen ánimo, dolor controlado, el día de hoy se incorpora con más facilidad y se desplaza un poco más. Bebe agua y consume alimento con apetito. Orina, no defeca.

Heridas con bordes correctamente afrontados, sin secreciones

La paciente es dada de alta con fórmula médica y recomendaciones de cuidados en casa

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 07/07/2024 TITULO: FÓRMULA MÉDICA
I. CEFALEXINA SUSPENSIÓN 250MG/5ML (uso humano) ---------- # 1
Administrar vía oral 1 ml cada 12 horas durante 5 días. Dar con estómago lleno. Iniciar hoy a las 8pm

II. METRONIDAZOL SUSPENSIÓN (uso humano) ---------- # 1
Administrar vía oral 1 ml cada 12 horas durante 5 días. Dar con estómago lleno. Iniciar hoy a las 2pm

III. PREVICOX TAB X 57 mg (uso veterinario)---------- # 2
Administrar vía oral 1/4 (un cuarto) de tableta cada 24 horas por 8 dias.

IV. LYRICA SUSPENSION 20mg/ml (Uso humano) ---------- #1
Administrar via oral 0.5 ml cada 12 horas por 15 dias.

V. LAXA FORM PASTA ---------- # 1
Administrar via oral 1/2 cucharadita cada 12 horas por 8 dias.

VI. IXER - BAXIDIN SPRAY ---------- # 1
Realizar limpieza de las heridas con ayuda de una gasa cada 12 horas hasta completa cicatrización

RECOMENDACIONES
-Dar dieta blanda por una semana inicialmente, después introducir poco a poco el concnetrado
-Informar ante cualquier novedad
-Realizar Fisioterapia (MOVIVET 314 5563488), es primordial para una correcta recuperación, se recomienda comunicarse lo más pronto posible para valoración e indicaciones de cuando es correcto iniciar.
-Uso de collar isabelino permanente para evitar lamido de las heridas
-La paciente puede desplazarse de forma moderada, evitar movimientos de impacto
-Retiro de puntos en 12 días (Solicitar cita)

DANIELA RESTREPO MORALES
MP: 28558

FECHA: 04/07/2024 TITULO: INFORME CIRUGIA
Paciente bajo anestesia general, se realiza antisepsa quirurgica de la zona previa tricotomia. se realiza abordaje lateral derecho hasta llegar a cuerpo del ilion donde se reposiciona lo mas posible a caudal y se estabiliza con tornillo cortical titanio 14mm. se cierra plano muscular con PDS 3-0, posterior piel con nylon 3-0.
Se realiza abordaje dorso/lateral izq se ubica foco de fractura se desplaza y prot Nciatico. se retira tejido cicatrizal, se realinea y se estabiliza con placa 2-0mm titanio un tornillo bloqueado + cortical proximal/distal, se verifica estabilidad e integridad de acetabulo y cabeza femoral. se repite cierre.
(p) rx postqx. L/L y V/D

Manejo antibiotico con cefalosporina 15mg/kg c/12h x 10 dias + metronidazol 10mg/kg c/12h x 72h
manejo analgesico multimodal (Previcox 3-5mg/kg c/24h x 15 dias + pregabalina 2-4mg/kg c/12h por 25 dias).
Manejo de herida con clorhexidina + pezosan 2- 3 veces por dia. Aplicacion de frio 10min 2 veces al dia.
Inicio de terapia fisica En Movivet.
Control ortopedico en 15-20 dias de acuerdo a evolucion.

MIGUEL A MATIZ
MVZ ESP DIP / MP 33732

FECHA: 24/06/2024 TITULO: FORMULA MEDICA
I) PREVICOX TAB X 57 mg ---------- #1
Suministrar via oral 1/4 de tableta cada 24 horas por 4 dias.

II) LYRICA SUSPENSION 20mg/ml (Uso humano) ---------- #1
Suministrar via oral 0.5 ml cada 12 horas por 10 dias.

III) LAXA FORM PASTA ---------- # 1
Suministrar via oral 1/2 cucharadita cada 12 horas por 5 dias.

IV) TRARNIC LHA TABLETAS ---------- # 1
Suministrar via oral 1 tableta cada 12 horas por hasta agotar el producto.

RECOMENDACION

1) Control en 48 horas.

2) En caso de reaccion a los medicamentos, estos se deben retirar y la paciente debe ser traida inmediatamente.

_____
CARLOS OSPINA - MP 31610

FECHA: 24/06/2024 TITULO: ECOGRAFIA
VER ARCHIVO ADJUNTO

CTA. CTE.

16/07/2024

CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 29-PERLA

Domiciliado en la calle: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA

Localidad: RISARALDA

Fecha	Descripción	Cantidad	Ventas	Pagos	Saldo
21/06/2024	*ROTOR CUIDADO PRENTIVO ALB,ALP,ALT,AST,BUN,CA,CL-,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+, TBIL,TC - Unit. $95000 - CARLOS OSPINA	1.00	95000	0	95000
21/06/2024	HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - CARLOS OSPINA	1.00	31500	0	126500
21/06/2024	HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - CARLOS OSPINA	1.00	23400	0	149900
21/06/2024	UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - CARLOS OSPINA	1.00	24300	0	174200
21/06/2024	*VENOCLISIS MICROGOTEO - Unit. $3000 - CARLOS OSPINA	1.00	3000	0	177200
21/06/2024	*SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - CARLOS OSPINA	1.00	4900	0	182100
21/06/2024	*19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $350 - CARLOS OSPINA	2.00	700	0	182800
21/06/2024	*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - CARLOS OSPINA	2.00	1000	0	183800
21/06/2024	*EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD - Unit. $1100 - CARLOS OSPINA	1.00	1100	0	184900
21/06/2024	*BURETA 150 ML X UND - Unit. $4200 - CARLOS OSPINA	1.00	4200	0	189100
21/06/2024	*COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - CARLOS OSPINA	1.00	5000	0	194100
21/06/2024	*FENTANILO 0.05 MG/ML DOSIS X ML - Unit. $1700 - CARLOS OSPINA	1.50	2550	0	196650
21/06/2024	*RONCAINA INY DOSIS X ML - Unit. $3200 - CARLOS OSPINA	1.00	3200	0	199850
22/06/2024	*COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - CARLOS OSPINA	3.00	15000	0	214850
22/06/2024	*MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - CARLOS OSPINA	1.00	5300	0	220150
22/06/2024	*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - CARLOS OSPINA	2.00	1000	0	221150
22/06/2024	HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - CARLOS OSPINA	1.00	31500	0	252650
22/06/2024	*CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $16000 - CARLOS OSPINA	1.00	16000	0	268650
24/06/2024	HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	31500	0	300150
24/06/2024	*CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $16000 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	16000	0	316150
24/06/2024	*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN	3.00	1500	0	317650
24/06/2024	*MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	5300	0	322950
24/06/2024	*COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	5000	0	327950
24/06/2024	*AMPICILINA + SULBACTAM VIAL 1,5 G - Unit. $7500 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	7500	0	335450
24/06/2024	*PREVICOX TAB 57 MG X UNIDAD - Unit. $4600 -	1.00	4600	0	340050

Fecha	Descripción	Cantidad	Ventas	Pagos	Saldo
	ALEJANDRA SERNA				
24/06/2024	*19 ECOGRAFIA ABDOMINAL - Unit. $110000 - CARLOS OSPINA	1.00	110000	0	450050
24/06/2024	*COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - CARLOS OSPINA	2.00	10000	0	460050
24/06/2024	*MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - CARLOS OSPINA	1.00	5300	0	465350
04/07/2024	HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	31500	0	496850
04/07/2024	*CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $16000 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	16000	0	512850
04/07/2024	HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	23400	0	536250
04/07/2024	ANALGESIA MULTIMODAL - Unit. $16200 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	16200	0	552450
04/07/2024	*FORMULA DE CONTROL ESPECIAL - Unit. $15000 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	15000	0	567450
04/07/2024	*FENTANILO 0.05 MG/ML DOSIS X ML - Unit. $1700 - SANTIAGO PULGARIN	2.00	3400	0	570850
04/07/2024	*CEFALOTINA 1GR POLVO - Unit. $6600 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	6600	0	577450
04/07/2024	*METRONIDAZOL VIAL X 100 ML - Unit. $16000 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	16000	0	593450
04/07/2024	*MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	5300	0	598750
04/07/2024	*BURETA 150 ML X UND - Unit. $4200 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	4200	0	602950
04/07/2024	*CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3200 - SANTIAGO PULGARIN	2.00	6400	0	609350
04/07/2024	*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN	5.00	2500	0	611850
04/07/2024	*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN	3.00	1500	0	613350
04/07/2024	*19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $350 - SANTIAGO PULGARIN	5.00	1750	0	615100
04/07/2024	*SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	4900	0	620000
04/07/2024	*TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	500	0	620500
04/07/2024	*19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - SANTIAGO PULGARIN	2.00	700	0	621200
04/07/2024	*VENOCLISIS MICROGOTEO - Unit. $3000 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	3000	0	624200
04/07/2024	*TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	500	0	624700
04/07/2024	*19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.0 - Unit. $6800 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	6800	0	631500
04/07/2024	*OXIGENO MEDICINAL A 4L/MIN X HORA (PARED) - Unit. $6800 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	6800	0	638300
04/07/2024	*ISOFLUORANO X MAS DE 14 ML - Unit. $71200 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	71200	0	709500
04/07/2024	*CONSUMIBLES PROCEDIMIENTO - Unit. $41000 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	41000	0	750500
04/07/2024	*MATERIAL ORTOPEDICO KIT PLACA TIT - Unit. $850000 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	850000	0	1600500
04/07/2024	PROCEDIMIENTO ORTOPEDICO - Unit. $1350000 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	1350000	0	2950500
05/07/2024	*MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - CARLOS OSPINA	1.00	5300	0	2955800
05/07/2024	*COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - CARLOS OSPINA	2.00	10000	0	2965800

Fecha	Descripción	Cantidad	Ventas	Pagos	Saldo
05/07/2024	HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - CARLOS OSPINA	1.00	31500	0	2997300
05/07/2024	HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - CARLOS OSPINA	1.00	23400	0	3020700
05/07/2024	*19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - CARLOS OSPINA	1.00	350	0	3021050
05/07/2024	*19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $350 - CARLOS OSPINA	3.00	1050	0	3022100
05/07/2024	*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - CARLOS OSPINA	1.00	500	0	3022600
05/07/2024	*CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $16000 - CARLOS OSPINA	1.00	16000	0	3038600
05/07/2024	REPORTE RADIOGRAFICO - Unit. $32400 - CARLOS OSPINA	1.00	32400	0	3071000
05/07/2024	ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE (3 PLACAS) - Unit. $79500 - CARLOS OSPINA	1.00	79500	0	3150500
06/07/2024	*METRONIDAZOL VIAL X 100 ML - Unit. $16000 - CARLOS OSPINA	1.00	16000	0	3166500
06/07/2024	*MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - CARLOS OSPINA	1.00	5300	0	3171800
06/07/2024	*COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - CARLOS OSPINA	2.00	10000	0	3181800
06/07/2024	*CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $16000 - CARLOS OSPINA	1.00	16000	0	3197800
06/07/2024	HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - CARLOS OSPINA	1.00	31500	0	3229300
06/07/2024	HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - CARLOS OSPINA	1.00	23400	0	3252700

Moneda: $

SALDO: 3252700

Alcaldía de **PEREIRA**

CONCEPTO TÉCNICO

Versión: 1 — Fecha de vigencia: 12/02/2024

INFORMACION DEL PREDIO	
Corregimiento:	SAMARIA 2
Vereda:	MZ 33 - CS 19
Nombre Finca:	
Ficha catastral:	
Coordenadas: N:	W:

INFORMACION DEL PROPIETARIO	
Nombres:	JOHANNA
Apellidos:	MORALES
Cédula Nº	1088296704
Tel fijo:	Celular: 3127164592

Fecha visita: DD/MM/AAAA

Diario de Labores Nº:

COMPONENTE: BIENESTAR ANIMAL

ASUNTO: ATENCIÓN MÉDICA (CANINA POLITRAUMATIZADA)
NOMBRE: PERLA → PINSHER

DESCRIPCION: ANTECEDENTES: LA PROPIETARIA REPORTA QUE SU CANINA FUE ATROPELLADA POR UN VEHICULO, CUYOS IMPACTOS, DEJARON POSTRADA A DICHA CANINA SIN MOVILIDAD DE MIEMBROS POSTERIORES.

OBSERVACIONES : CANINA CON SIGNOS DE DOLOR CONSTANTES Y EXACERBADOS, EXHIBIENDO ESTE DOLOR CON VOCALIZACIONES Y AUMENTO DE SU TEMPERATURA. LA CANINA TIENE AFECCIONES EN CADERA, MIEMBROS POSTERIORES Y ABDOMEN.

CONCLUSIONES:

- CANINA POLITRAUMATIZADA POR ATROPELLAMIENTO.
- AFECCIONES EN CADERA, MIEMBROS POSTERIORES Y ABDOMEN.
- SIGNOS DE DOLOR CONSTANTES.

RECOMENDACIONES:

- REALIZAR MANEJO DE DOLOR.
- LA CANINA YA CUENTA CON IMÁGENES DE RX.
- DAR INFORMACIÓN A LA PROPIETARIA JOHANNA

Nota. Este concepto se complementa con registro fotográfico

NOMBRE DEL TÉCNICO: FRANK ARBELÁEZ **FIRMA** _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES DE LA RED PÚBLICA VETERINARIA

Yo Johana Andrea Morales identificado con cédula de ciudadanía número 1088296704 de Pereira en calidad de tutor de perla, especie canino, raza Pinscher, sexo M____ H X, de 2 años, con 2.9 Kg de peso e historia clínica número 2569. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud de mi mascota por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar la salud del paciente.

Comprendo que los gastos derivados de la presente atención serán asumidos de manera parcial por la secretaria de desarrollo rural del municipio de Pereira a través de un convenio de cooperación suscrito con la clínica Visión de las Américas, por lo que dicha secretaria podrá solicitar información sobre los avances del tratamiento, historia clínica e imágenes del paciente y definirá el monto máximo por el cual se prestará el servicio. En caso que los costos excedan el tope por ellos establecidos, yo como tutor deberé asumir los costos adicionales del tratamiento del paciente en este u otro centro veterinario de mi elección.

he recibido y entendido la información sobre las posibles necesidades de atención de mi paciente que incluyen hospitalización, diagnóstico por imágenes, diagnósticos de laboratorio, cirugía, consulta especializada, suministro de medicamentos-quimioterapéuticos-transfusiones y en el peor de los casos eutanasia, y de necesitar ser anestesiado o tranquilizado comprendo que la **CLASIFICACIÓN DE RIESGO ANESTÉSICO ASA** de mi mascota es II entiendo que, dentro de los riesgos posibles y efectos colaterales del procedimiento a realizarse se encuentran: Paro cardio respiratorio.

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a

medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente 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.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados conforme a los protocolos médicos, quirúrgicos y de bienestar animal. En caso de agravamiento de la enfermedad o perdida de la calidad de vida, autorizo a los profesionales de la **Institución Universitaria Visión de las Américas** para aplicar la eutanasia en caso de yo no estar presente, siempre y cuando se me solicite autorización previa y pueda hacerlo por mensaje de texto o e-mail.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste, tampoco se hace responsable de los daños a terceros. Así mismo, autorizo a la **Institución Universitaria Visión de las Américas** de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellos que por negligencia de su propietario permanezcan sin autorización de tratamiento dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico y requerimientos o 2 días después de notificada la salida del paciente sin que nadie se presente a recogerlo, evento en el cual la **Institución Universitaria Visión de las Américas** podrá libremente disponer del paciente y el Tutor o responsable no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra la clínica o el médico veterinario.

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución.

He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

Autorizo la obtención, divulgación y publicación de imágenes y datos de la historia clínica del paciente por parte de la Institución Universitaria Visión de las Américas con fines académicos y/o para difusión en redes sociales.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de la **Institución Universitaria Visión de las Américas**.

En contraparte yo Carlos Ospino. con tarjeta profesional número 31610 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

Para constancia se firma el 21 de jun. del 20 24.

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el paciente.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 21 de 06 del 20 24.

Johana Andrea Morales
Propietario/acudiente:
CC: 1088296704
Tel: 3127164592.

Médico Veterinario:
MP: 31610

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES, CIRUGÍA Y ANESTESIA

Yo **JOHANA MORALES**, identificado(a) con cédula de ciudadanía número **1088296704** de **PEREIRA** y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo a la **Institución Universitaria Visión de las Américas** y a su equipo de trabajo, para realizar el procedimiento anestésico/quirúrgico a PERLA, paciente CANINO, de raza PINSCHER, sexo HEMBRA ENTERA, de 2 AÑOS 5 MESES 27 DÍAS, con **2.9** Kg de peso y número de historia clínica **2569**.

Manifiesto que he **recibido y entendido** la información sobre el procedimiento a realizarse denominado Anestesia - tranquilización en el cual la **CLASIFICACIÓN DE RIESGO ANESTÉSICO ASA** es **III** y entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **Shock anafiláctico, Muerte súbita, Paro cardiorrespiratorio, dehiscencia de puntos en la herida** (En caso de haber sido sometido a un procedimiento que así los requiera) entre otros que me han sido explicados.

En constancia que el paciente ha sido valorad@, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el 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, procedo a autorizar al médico veterinario designado por la **Institución Universitaria Visión de las Américas** para la realización del procedimiento y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación.

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 las cuales, he comprendido y aceptado.

Además, autorizo la obtención, divulgación y publicación de imágenes y datos de la historia clínica del paciente por parte de la Institución Universitaria Visión de las Américas con fines académicos y/o para difusión en redes sociales.

En contraparte yo **CARLOS OSPINA** con tarjeta profesional número **31610** en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la

información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

Para constancia se firma el 21 de JUNIO del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el paciente.

Johana Andrea Morales

Tutor/acudiente:
CC: 1088296704.

Médico Veterinario:
MP 3161O

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION

Yo **JOHANA MORALES** identificado con cédula de ciudadanía número **1088296704** de **PEREIRA** en calidad de tutor de PERLA, CANINO, PINSCHER y N° de historia clínica **2569** manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud de mi mascota por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios.

Como propietario asumiré todos los gastos y costos relacionados con el tratamiento de PERLA, (en caso tal, que la obligación económica no sea asumida los procedimientos diagnósticos serán suspendidos amparados en el artículo 25 de la ley 576 de 2000).

Entiendo que PERLA, será atendid@ siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual de PERLA 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.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados conforme a los protocolos médicos, quirúrgicos y de bienestar animal.

En caso de agravamiento de la enfermedad o perdida de la calidad de vida, autorizo a los profesionales de la **Institución Universitaria Visión de las Américas** para aplicar la eutanasia en caso de yo no estar presente, siempre y cuando se me solicite autorización previa y pueda hacerlo por mensaje de texto o e-mail.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste tampoco se hace responsable de los daños a terceros.

Así mismo, autorizo a la **Institución Universitaria Visión de las Américas** de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellos que por negligencia de su propietario permanezcan sin autorización de tratamiento dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico y requerimientos o 2 días después de notificada la salida del paciente sin que nadie se presente a recogerlo, evento en el cual la **Institución Universitaria Visión de las Américas** podrá libremente disponer del paciente y el Tutor o responsable no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra la clínica o el médico veterinario.

Institución Universitaria Visión de las Américas no responde por el valor de los animales que a consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, que me comprometo a cumplir las recomendaciones para el suministro de tratamientos, exámenes médicos y/o asistencia a controles; He leído y entendido el instructivo de hospitalización y declaro que aceptc las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.** Además, autorizo la obtención, divulgación y publicación de imágenes y datos de la historia clínica del paciente por parte de la Institución Universitaria Visión de las Américas con fines académicos y/o para difusión en redes sociales.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de la **Institución Universitaria Visión de las Américas**.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el **21** de **JUNIO** de **2024**

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por PERLA.

Johana Andrea Morales

Propietario/acudiente:
CC 1088296704

Médico Veterinario:
Matricula Profesional: 3619

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de ingreso: 21/06/24
Paciente: PERLA # HC: 2569
Diagnostico presuntivo: FRACTURA DE CADERA

Sexo: M___ H X
Especie: CANINO
Edad: 2 AÑOS

Peso: 2.9 Kg Cta $ 3
Médico tratante: CAOJ
Obs.

FECHA	MEDICAMENTO	FRE	VIA	MG/KG	DOSIS ML	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
21/06	COLIVET	TID	IV	25	0,15																					⊗			
	FENTANILO	DI	IV	0,004	0,23																					⊗			
	FENTANILO	CRI	IV	0,002	1																					⊗	⊗	⊗	⊗
	LIDOCAINA	DI	IV	1	0,15																					⊗			
	LIDOCAINA	CRI	IV	0,5	0,64																					⊗	⊗	⊗	⊗
22/06	COLIVET	TID	IV	25	0,15					⊗								⊗								⊗			
	FENTANILO	CRI	IV	0,002	1	⊗	⊗	⊗	⊗																				
	LIDOCAINA	CRI	IV	0,5	0,64	⊗	⊗	⊗	⊗																				
	MELODOL 0,5%	SID	IV	0,1	0,06								⊗																
	LYRICA	BID	VO	4mg	0,5ml														⊗										
	TRAMIC bbA	C/8	VO	—	1Tab																		⊗						
23/06	COLIVET	TID	IV	25	0,15					⊗								⊗								⊗		⊗	
	MELODOL 0,5%	SID	IV	0,1	0,06								⊗															⊗	
	LYRICA SUST. 20mg/ml	BID	PO	4	0,5		⊗												⊗										
	TRAMIC LHA	TID	PO	—	1TAB		⊗								⊗								⊗						
	Ampi+sulb	TID	IV	20mg	0.2ml																		⊗						
																							⊗						
24/06	Colivet	C/8	IV	25	0,15 ml								⊗								⊗								
	Melodol 0,5%.	C/24	IV	0,1	0,06 ml								⊗															⊗	
	Lyrica 20mg/ml	C/12	PO	4	0,5 ml	⊗												⊗											
	Tramic LHA	C/8	PO	-	1Tab	⊗								⊗				⊗				⊗				⊗			
	Ampi+sulba	C/8	IV	20 mg	0,2ml	⊗								⊗								⊗							

ALTA MEDICA

Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:

Programado O
Aplicado X

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

Exámen físico diario paciente hospitalizado

Paciente: Perla Numero de HC: 2569 Peso de ingreso: 2.9kg

Ingresa: 21/06/24 Obs: Alcaldía Convenio

FECHA														
HORA	21/06	22/06	22/06	23/06	24/06									
PARAMETRO	20:00	6:00	4:30pm	3:00pm	6:00									
T°	38,2	38,5	37.2	37.9°C	37.1°C									
FC	124	128	96	92	96									
FR	28	28	28	24	32									
PULSO	HC	HC	F	F	F									
MUCOSAS	Rosa	Rosa	Pig	Pig/R	R/H									
TLLC	2"	2"	2s	2s	2s									
COME	—		Si	Si	Si									
BEBE	—		Si	Si	Si									
VOMITO	NO	NO	NO	NO	NO									
HECES		SI	Si	Si	Si									
MICCION	SI	SI	Si		Si									
PESO	2.9kg													
PRESION ARTERIAL MEDIA														
% DESHIDRATACION														
FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex														
Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm														
Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am														
SCORE GLASGOW *dolor														
SCORE GLASGOW *neuro														
REALIZADO POR *iniciales	CAO	CDO	MDLB	MDLB	SPJ									
PENDIENTES														
OBSERVACIONES														

NTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZ

PACIENTE: Perla	FECHA	FECHA		FECHA	# HC 2369	FECHA		FECHA	FECHA			FECHA	FECHA	FECHA
ARTICULO	21/06	22/06	23/06		ARTICULO	21/06	22/06	23/06		ARTICULO	21/06	22/06	23/06	24/06
ARENA PARA GATOS X LB					LATA CANINE I/D 13 OZ					TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI				
ACIFLUX TAB 500 MG					LATA E/N CANINO 377 G					TUBO ENDOTRAQUEAL #				
BATA BLANCA DESECHA.					LATA FELINO I/D 5.5 OZ					TUBO ENDOTRAQUEAL #				
BURETA 150 ML X UND	1				LATA HA CANINE X 377 GR					VENDA COBAN PET-FLEX				
CANULA NASAL DE OXIGENO					LLAVE DE TRES VIAS					VENDA TELA O GASA 4X5 UND				
CATETER IV 18					MILPRO ADULTO 16MG/40MG					VENOCLISIS MACROGOTEO				
CATETER IV 20 ROSADO					MILPRO CACHORRO TAB					VENOCLISIS MICROGOTEO	1			
CATETER IV 22 AZUL					OXIGENO MEDICINAL (PARED)					VLIWASORB APOSITO				
CATETER IV 24 AMARILLO					OXIGENOTERAPIA CONCENTRA.					VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA)				
COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND					SET DE TRANSFUSION SANGRE					**CITOLOGIA**				
CONSUMIBLES HOSPITAL					SOL. DEXTROSA 5% 500 ML					**ECOGRAFIA ABDOMINAL**				1
COPITO MADERA ESTERIL					SOLUCION CLORURO X 100ML					**ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE**				
CUCHILLA BISTURI #					SOLUCION CLORURO X 500ML					**HEMOGRAMA UAM**	1			
CUCHILLA BISTURI #					SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML	1				**HIDRATACION**	1			
ENTEREX POLVO X 8 GR					SONDA FOLEY 2 VIAS #					**HISTOPATOLOGIA**				
EQUIPO PERICRANEAL 21G	1				SONDA LEVIN NASOGA. #					**HOSPITALIZACION**	1	1	1	
EXTENCION PARA ANESTAESIA					SONDA NELATHON #					**NEBULIZACION**				
FCO GOTERO X ____ ML					SONDA NELATHON #					**REPORTE RADIOGRAFICO**				
FCO RECOLECTOR COPRO.					SONDA URINARIA FELINO					**SERVICIOS Y OTROS**				
FCO RECOLECTOR ORINA					SUPRASOB A COMPRESA					ROTOX CONSULTA 24H.	1			
FORMULA DE CONTROL ESPE.					SUT. AC POLIGLICOLICO #									
GUANTES QX ESTERIL 7,5					SUT. POLIDIOXANONA #									
GUANTES QX ESTERIL 6,5					SUT. POLIGALACTINA #									
JERINGA PUNTA CATE.					SUTURA N/A #									
JERINGA 1 ML	2	1+1	1+1		TAPON HEPARINIZADO									
JERINGA 10 ML					TEST DE FLUORESCEINA									
JERINGA 20 ML					TEST DE LEUCEMIA									
JERINGA 2-3 ML	2				TEST DE MOQUILLO									
JERINGA 5 ML					TEST DE PARVOVIRUS									
JERINGA 50 ML					TEST DE SCHIMER TIRILLA									
KIT MICRONEBULIZACION					TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt									
LATA C/N 156 G					TIRA PARA CETONA EN SANGRE									

CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

PACIENTE:	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	# HC	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
ARTICULO					ARTICULO					ARTICULO				
ARENA PARA GATOS X LB					LATA CANINE I/D 13 OZ					TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI				
ACIFLUX TAB 500 MG					LATA E/N CANINO 377 G					TUBO ENDOTRAQUEAL #				
BATA BLANCA DESECHA.					LATA FELINO I/D 5.5 OZ					TUBO ENDOTRAQUEAL #				
BURETA 150 ML X UND					LATA HA CANINE X 377 GR					VENDA COBAN PET-FLEX				
CANULA NASAL DE OXIGENO					LLAVE DE TRES VIAS					VENDA TELA O GASA 4X5 UND				
CATETER IV 18					MILPRO ADULTO 16MG/40MG					VENOCLISIS MACROGOTEO				
CATETER IV 20 ROSADO					MILPRO CACHORRO TAB					VENOCLISIS MICROGOTEO				
CATETER IV 22 AZUL					OXIGENO MEDICINAL (PARED)					VLIWASORB APOSITO				
CATETER IV 24 AMARILLO					OXIGENOTERAPIA CONCENTRA.					VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA)				
COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND					SET DE TRANSFUSION SANGRE					**CITOLOGIA**				
CONSUMIBLES HOSPITAL					SOL. DEXTROSA 5% 500 ML					**ECOGRAFIA ABDOMINAL**				
COPITO MADERA ESTERIL					SOLUCION CLORURO X 100ML					**ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE**				
CUCHILLA BISTURI #					SOLUCION CLORURO X 500ML					**HEMOGRAMA UAM**				
CUCHILLA BISTURI #					SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML					**HIDRATACION**				
ENTEREX POLVO X 8 GR					SONDA FOLEY 2 VIAS #					**HISTOPATOLOGIA**				
EQUIPO PERICRANEAL 21G					SONDA LEVIN NASOGA. #					**HOSPITALIZACION**				
EXTENCION PARA ANESTAESIA					SONDA NELATHON #					**NEBULIZACION**				
FCO GOTERO X ____ ML					SONDA NELATHON #					**REPORTE RADIOGRAFICO**				
FCO RECOLECTOR COPRO.					SONDA URINARIA FELINO					**SERVICIOS Y OTROS**				
FCO RECOLECTOR ORINA					SUPRASOB A COMPRESA									
FORMULA DE CONTROL ESPE.					SUT. AC POLIGLICOLICO #									
GUANTES QX ESTERIL 7,5					SUT. POLIDIOXANONA #									
GUANTES QX ESTERIL 6,5					SUT. POLIGALACTINA #									
JERINGA PUNTA CATE.					SUTURA N/A #									
JERINGA 1 ML					TAPON HEPARINIZADO									
JERINGA 10 ML					TEST DE FLUORESCEINA									
JERINGA 20 ML					TEST DE LEUCEMIA									
JERINGA 2-3 ML					TEST DE MOQUILLO									
JERINGA 5 ML					TEST DE PARVOVIRUS									
JERINGA 50 ML					TEST DE SCHIMER TIRILLA									
KIT MICRONEBULIZACION					TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt									
LATA C/N 156 G					TIRA PARA CETONA EN SANGRE									

Institución Universitaria Visión de las Américas
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia
Clínica Veterinaria

REGISTRO DE ENTREGA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS DE LA RED PUBLICA VETERINARIA

Yo, Johana Andrea M, identificado con cedula de ciudadanía número 1088296704 de pereira entiendo que perla identificada con historia clínica número 2569, ha terminado su proceso de hospitalización y tiene alta médica, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa.

Además, a partir de este momento me hago responsable económicamente de perla. tanto en su manutención como de sus gastos médicos que pueden incluir radiografías, ecografías, exámenes de sangre y/o procedimientos adicionales a los que ya se le han practicado.

Certifico que el/la paciente recibió la atención primaria que requería, fue sometida a procedimientos quirúrgicos y servicios hospitalarios por valor de $ 765.350, y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de estos servicios.

Comprendo que en caso de no seguir el plan de terapéutico instaurado y las recomendaciones pos quirúrgicas dadas por los médicos puede haber complicaciones tales como:
empeoramiento de la lesión osea.

Soy consciente de estos riesgos, he comprendido la información suministrada por ende me comprometo a seguir al pie de la letra las recomendaciones recibidas y la recuperación del/la paciente está ahora bajo mi propia responsabilidad y en constancia de ello firmo libre y voluntariamente.

Yo, carlos ospina en calidad de médico veterinario certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas y riesgos a los que el paciente puede estar expuesto al dar alta médica, he contestado todas las preguntas y considero que el tutor comprende todo lo explicado.

Johana Andrea Morales
Propietario/acudiente:
CC: 1088296704.

Médico Veterinario:
M.P: 3160

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 25 de 06 de 24

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable del/la paciente.

Institución Universitaria Visión de las Américas
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia
Clínica Veterinaria

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES DE LA RED PÚBLICA VETERINARIA

Yo Johana Andrea Morales identificado con cédula de ciudadanía número 1088296704 de Pereira en calidad de tutor de Perla, especie Canino, raza Pinscher, sexo M____ H X, de 2 años, con 2.9 Kg de peso e historia clínica número 2569. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud de mi mascota por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar la salud del paciente.

Comprendo que los gastos derivados de la presente atención serán asumidos de manera parcial por la secretaria de desarrollo rural del municipio de Pereira a través de un convenio de cooperación suscrito con la clínica Visión de las Américas, por lo que dicha secretaria podrá solicitar información sobre los avances del tratamiento, historia clínica e imágenes del paciente y definirá el monto máximo por el cual se prestará el servicio. En caso que los costos excedan el tope por ellos establecidos, yo como tutor deberé asumir los costos adicionales del tratamiento del paciente en este u otro centro veterinario de mi elección.

he recibido y entendido la información sobre las posibles necesidades de atención de mi paciente que incluyen hospitalización, diagnóstico por imágenes, diagnósticos de laboratorio, cirugía, consulta especializada, suministro de medicamentos-quimioterapéuticos-transfusiones y en el peor de los casos eutanasia, y de necesitar ser anestesiado o tranquilizado comprendo que la **CLASIFICACIÓN DE RIESGO ANESTÉSICO ASA** de mi mascota es II entiendo que, dentro de los riesgos posibles y efectos colaterales del procedimiento a realizarse se encuentran: Paro cardio respiratorio. - Hemorragia - Rechazo material. osteosintesis - infeccion - Daño nervios N.P.

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual

del/la paciente 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.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados conforme a los protocolos médicos, quirúrgicos y de bienestar animal. En caso de agravamiento de la enfermedad o perdida de la calidad de vida, autorizo a los profesionales de la **Institución Universitaria Visión de las Américas** para aplicar la eutanasia en caso de yo no estar presente, siempre y cuando se me solicite autorización previa y pueda hacerlo por mensaje de texto o e-mail.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste, tampoco se hace responsable de los daños a terceros. Así mismo, autorizo a la **Institución Universitaria Visión de las Américas** de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellos que por negligencia de su propietario permanezcan sin autorización de tratamiento dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico y requerimientos o 2 días después de notificada la salida del paciente sin que nadie se presente a recogerlo, evento en el cual la **Institución Universitaria Visión de las Américas** podrá libremente disponer del paciente y el Tutor o responsable no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra la clínica o el médico veterinario.

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución.

He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

Autorizo la obtención, divulgación y publicación de imágenes y datos de la historia clínica del paciente por parte de la Institución Universitaria Visión de las Américas con fines académicos y/o para difusión en redes sociales.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de la **Institución Universitaria Visión de las Américas**.

En contraparte yo [signature] con tarjeta profesional número 39207 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el paciente.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 04 de Julio del 2024

Ihara Andrea Morales **MP:**

Propietario/acudiente:
CC: 1088296704
Tel: 3127164592

[signature]

Médico Veterinario:
39207

Clínica Veterinaria Visión de las Amér as

CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de ingreso: 04/07/24
Paciente: Pola # HC: 2569
Diagnostico presuntivo: fractura radio

Sexo: M__ H X
Especie: Canino
Edad: 2 años

Peso: 2.5 Kg. Cta $ pago 3.
Médico tratante: Jde Diaz N.
Obs.

FECHA	MEDICAMENTO	FRE	VIA	MG/KG	DOSIS ML	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
04/07	Cefotaxima	12h	IV	20 mg	0,25 ml																						⊗		
	metronidazol	12h	IV	20 mg	8 ml																	⊗							
	meloxicam 5 x	24	I.V	0.1 mg/kg	0,05 ml																	⊗							
	Fentanilo	Inf	IV	3 mcg/kg/h	0,2 ml/h																			⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
	ketamina	Inf	IV	0.4 mg	0,02 ml/h																			⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
	D																												
05/07	Cefalotina	12h	IV	20 mg	0,25 ml										⊗												⊗		
	Metronidazol	12h	IV	15 mg	8 ml	⊗												⊗											
	Meloxicam	24h	sc/IV	0.1 mg/kg	0,05 ml																	⊗							
	Dipirona	12h	PO	20 mg	0.1 ml	⊗												⊗											
	pregabalina	12h	PO	3mg/kg	0,4 ml	⊗												⊗											
06/09	CEFALOTINA	BID	IV	20	0,25										⊗												⊗		
	METRONIDAZOL	BID	IV	15	8	⊗												⊗											
	MELOXICAM 0,5%	SID	SC/IV	0,1	0,05																	⊗							
	DIPIRONA	BID		20	0,1	⊗												⊗											
	PREGABALINA	BID	PO	3	0,4	⊗												⊗											
07/09	CEFALOTINA	BID	IV	20	0,25										⊗												⊗		
	METRONIDAZOL	BID	IV	15	8	⊗												⊗											
	MELOXICAM 0,5%	SID	IV	0,1	0,05																	⊗							
	DIPIRONA	BID	IV/SC	20	0,1	⊗												⊗											
	PREGABALINA 300.	BID	PO	3	0,4	⊗												⊗											

Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:

Programado O
Aplicado X

Clínica Veterinaria Visión de las Amé as

Exámen físico diario paciente hospitalizado

Paciente: Perla Numero de HC: 2569 Peso de ingreso: 2.5 kg

Ingresa: 04/07/2024 Obs:

FECHA																
HORA / PARAMETRO	5/07 6:00 AM	05/07 2:00 PM	06/07 6:00 AM	5/7/10 5:10 pm												
T°	37.2	37.5C	38,4	—												
FC	88	96	112	100												
FR	40	36	32	36												
PULSO	F/C	F	F	F/C												
MUCOSAS	Rosa	R	R	R/H												
TLLC	2s	2s	4"	2sg												
COME	Si		SI	Si												
BEBE	Si		SI	Si												
VOMITO	NO	NO	NO	NO												
HECES	NO		NO	NO												
MICCION	Si		SI	Si												
PESO																
PRESION ARTERIAL MEDIA																
% DESHIDRATACION																
FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex																
Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm																
Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am																
SCORE GLASGOW *dolor																
SCORE GLASGOW *neuro																
REALIZADO POR *iniciales	SPJ	MDLB	CAQJ	DRM												
PENDIENTES																
OBSERVACIONES																

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

FORMULARIO DE MONITORIZACIÓN ANESTÉSICA DEL PACIENTE QUIRUGICO

Procedimiento (s): o.Toperda Cadera Paciente: Pola HC: 7369 **Fecha:** 09/07/24

Diagnostico: Fractura acetabular. Canino: 7 Felino: ___ Raza: p.Shr. **Peso (kg):** 2.5

Temperatura: ___ Fc: ___ Fr: ___ Pulso: fc. Mucosas: Rosas # Catéter: 24 **ASA:** II

PREMEDICACIÓN

Profesional Encargado: **Rotante:** **Tipo de líquidos:**

Medicamento *nombre/concentracion	Dosis (mg/kg)	Dosis (ml)	Vía de admin	Hora de aplicación
meloxicam 5%	0.1mg/kg.	0,05ml	S. C	4:50
fentanilo	3mg/kg.	0,15ml	I.V	4:50
Xilacina	0,5mg/kg.	0,06ml	I.V	4:50
Ketamina	5mg/kg.	0,05ml	I.V	4:50

Nivel de sedación: ninguno ____ leve ____ adecuado ____ excesivo ____ Tubo endotraqueal: # ____ Hora de intubación: ____

INDUCCIÓN

Profesional Encargado: **Rotante:** **Tipo de líquidos:**

Medicamento *nombre/concentracion	Dosis (mg/kg)	Dosis (ml)	Vía de admin	Hora de aplicación
Propofol	3mg/kg.	0.7ml	I.V	

HIDRATACIÓN ANESTÉSICA

Tipo de solución	Primera hora (ml/kg/h) *Perro : 10 ml/kg/h **Gato: 5 ml/kg/h)	Después de 1 hora (ml/kg/h) *Perro : 5 ml/kg/h **Gato: 2.5 ml/kg/h	Volumen total administrado

ALTERACIONES Y/O COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Tipo de Complicación	Hora	Observaciones

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

MANTENIMIENTO ANESTESICO

MV en anestesia: [illegible] **MV cirujano:** [illegible] **Estudiante:** _____

Hora de inicio cirugía: 5:20 **Hora de finalización cirugía:** 6:50

Minutos	5"	10"	15"	20"	25"	30"	35"	40"	45"	50"	55"	60"	65"	70"	75"	80"
Hora	5:20	5:25	5:30	5:35	5:40	5:45	5:50	5:55	6:00	6:05	6:10	6:15	6:20	6:25	6:30	6:35
ISO%	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
O2 L/m	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
FC	60	63	63	63	65	65	68	68	74	73	74	83	80	78	76	74
FR	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	12	12	8	8
T°C																
SpO2	99	98	99	99	98	98	98	98	100	100	100	99	100	100	100	99
Pulso	fc	fc	fc	fc	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"		"
Fluidos ml/h	5ml/h	5ml/h	5ml/h	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"		"
PA	100/59		102/62	102/65		103/70		105/78		94/60		131/106		124/92		111/70
OBS.	[illegible]					3 mg	1 mg	1 mg	3h							

Minutos	85"	90"	95"	100"	105"	110"	115"	120"	125"	130"	135"	140"	145"	150"	150"	155"
Hora	6:40	6:45	6:50													
ISO%	2	2	2													
O2 L/m	0.8	0.8	0.8													
FC	71	74	68													
FR	12	12	12													
T°C																
SpO2	100	100	99													
Pulso	fc	fc	fc													
Fluidos ml/h	5ml/h	"	"													
PA	93/57		99/51													
OBS.																

CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZA

PACIENTE:	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	# HC	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
ARTICULO	04/07	05/07	06/07		ARTICULO	04/07	05/07			ARTICULO	04/07	05/07	06/07	
ARENA PARA GATOS X LB					LATA CANINE I/D 13 OZ					TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI				
ACIFLUX TAB 500 MG					LATA E/N CANINO 377 G					TUBO ENDOTRAQUEAL #				
BATA BLANCA DESECHA.					LATA FELINO I/D 5.5 OZ					TUBO ENDOTRAQUEAL #				
BURETA 150 ML X UND	1				LATA HA CANINE X 377 GR					VENDA COBAN PET-FLEX				
CANULA NASAL DE OXIGENO					LLAVE DE TRES VIAS					VENDA TELA O GASA 4X5 UND				
CATETER IV 18					MILPRO ADULTO 16MG/40MG					VENOCLISIS MACROGOTEO				
CATETER IV 20 ROSADO					MILPRO CACHORRO TAB					VENOCLISIS MICROGOTEO	1			
CATETER IV 22 AZUL	1				OXIGENO MEDICINAL (PARED)					VLIWASORB APOSITO				
CATETER IV 24 AMARILLO					OXIGENOTERAPIA CONCENTRA.					VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA)				
COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND					SET DE TRANSFUSION SANGRE					**CITOLOGIA**				
CONSUMIBLES HOSPITAL	1	1	1		SOL. DEXTROSA 5% 500 ML					**ECOGRAFIA ABDOMINAL**				
COPITO MADERA ESTERIL					SOLUCION CLORURO X 100ML					**ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE**		1		
CUCHILLA BISTURI #					SOLUCION CLORURO X 500ML					**HEMOGRAMA UAM**				
CUCHILLA BISTURI #					SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML	1				**HIDRATACION**	1	1	1	
ENTEREX POLVO X 8 GR					SONDA FOLEY 2 VIAS #					**HISTOPATOLOGIA**				
EQUIPO PERICRANEAL 21G					SONDA LEVIN NASOGA. #					**HOSPITALIZACION**	1	1	1	
EXTENCION PARA ANESTAESIA					SONDA NELATHON #					**NEBULIZACION**				
FCO GOTERO X ____ ML					SONDA NELATHON #					**REPORTE RADIOGRAFICO**		1		
FCO RECOLECTOR COPRO.					SONDA URINARIA FELINO					**SERVICIOS Y OTROS**				
FCO RECOLECTOR ORINA					SUPRASOB A COMPRESA					Analgesia multimodal	1			
FORMULA DE CONTROL ESPE.					SUT. AC POLIGLICOLICO #					Tubo adotraqueal	30(1)			
GUANTES QX ESTERIL 7,5					SUT. POLIDIOXANONA #					Fomito Cutral	1			
GUANTES QX ESTERIL 6,5					SUT. POLIGALACTINA #									
JERINGA PUNTA CATE.					SUTURA N/A #									
JERINGA 1 ML	3	1			TAPON HEPARINIZADO	1								
JERINGA 10 ML					TEST DE FLUORESCEINA									
JERINGA 20 ML					TEST DE LEUCEMIA									
JERINGA 2-3 ML	3	1+2			TEST DE MOQUILLO									
JERINGA 5 ML	2	1			TEST DE PARVOVIRUS									
JERINGA 50 ML					TEST DE SCHIMER TIRILLA									
KIT MICRONEBULIZACION					TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt									
LATA C/N 156 G					TIRA PARA CETONA EN SANGRE									

Institución Universitaria Visión de las Américas
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia
Clínica Veterinaria

REGISTRO DE ENTREGA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS DE LA RED PUBLICA VETERINARIA

Yo, Johana Andrea Morales identificado con cedula de ciudadanía número 1088296704 de Pereira entiendo que Perla identificada con historia clínica número _____, ha terminado su proceso de hospitalización y tiene alta médica, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa.

Además, a partir de este momento me hago responsable económicamente de Perla tanto en su manutención como de sus gastos médicos que pueden incluir radiografías, ecografías, exámenes de sangre y/o procedimientos adicionales a los que ya se le han practicado.

Certifico que el/la paciente recibió la atención primaria que requería, fue sometida a procedimientos quirúrgicos y servicios hospitalarios por valor de $ 3'252.700, y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de estos servicios.

Comprendo que en caso de no seguir el plan de terapéutico instaurado y las recomendaciones pos quirúrgicas dadas por los médicos puede haber complicaciones tales como:
Que no haya consolidación de la fractura, dehiscencia de puntos

Soy consciente de estos riesgos, he comprendido la información suministrada por ende me comprometo a seguir al pie de la letra las recomendaciones recibidas y la recuperación del/la paciente está ahora bajo mi propia responsabilidad y en constancia de ello firmo libre y voluntariamente.

Yo, Daniela Restrepo M en calidad de médico veterinario certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas y riesgos a los que el paciente puede estar expuesto al dar alta médica, he contestado todas las preguntas y considero que el tutor comprende todo lo explicado.

Johana Andrea Morales
Propietario/acudiente:
CC: 1088296704

Daniela Restrepo Morales
Médico Veterinario:
M.P: 2955

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 7 de Julio de 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable del/la paciente.

Institución Universitaria Visión de las Américas
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia
Clínica Veterinaria

REGISTRO DE ATENCION PARA PACIENTES DE LA RED PUBLICA VETERINARIA

Yo, Johana Andrea Morales, identificado con cedula de ciudadanía número 1088296704 de Pereira entiendo que Perla. identificada con historia clínica número 2569, ha recibido atención médica por parte de la clínica veterinaria visión de la Américas, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa.

Certifico que el/la paciente recibió durante su atención los siguientes servicios y productos:
angio ortopedia - examenes laboratorio - Rx pos ox
hospitalizacion medicación intra hospitalaria.

y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de estos servicios.

Comprendo que en caso de no seguir el plan de terapéutico instaurado y las recomendaciones dadas por los médicos puede haber complicaciones y soy consciente de esto.

He comprendido la información suministrada por ende me comprometo a seguir al pie de la letra las recomendaciones recibidas y la recuperación del/la paciente, esta ahora bajo mi propia responsabilidad. En constancia de ello firmo libre y voluntariamente.

Johana Andrea Morales
Propietario/acudiente:
CC: 1088296704

Médico Veterinario:
M.P: 31610

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 7 de JL de 24

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable del/la paciente.

ANIMAL VETS CARE DIAGNOSTICO VETERINARIO

Animal Vet´s Care

Diagnóstico Veterinario

DEPARTAMENTO DE IMAGENOLOGIA

PACIENTE: PERLA (PINSCHER)
ENCARGADO: VILLA KANES
ESTUDIO: CADERA
FECHA:20/06/2024

Estudio realizado: RADIOGRAFÍA

Se realiza estudio radiográfico en diferentes proyecciones octogonales a nivel de cadera bajo sedación. Paciente con anamnesis de politrauma por atropellamiento.

Hallazgos radiográficos

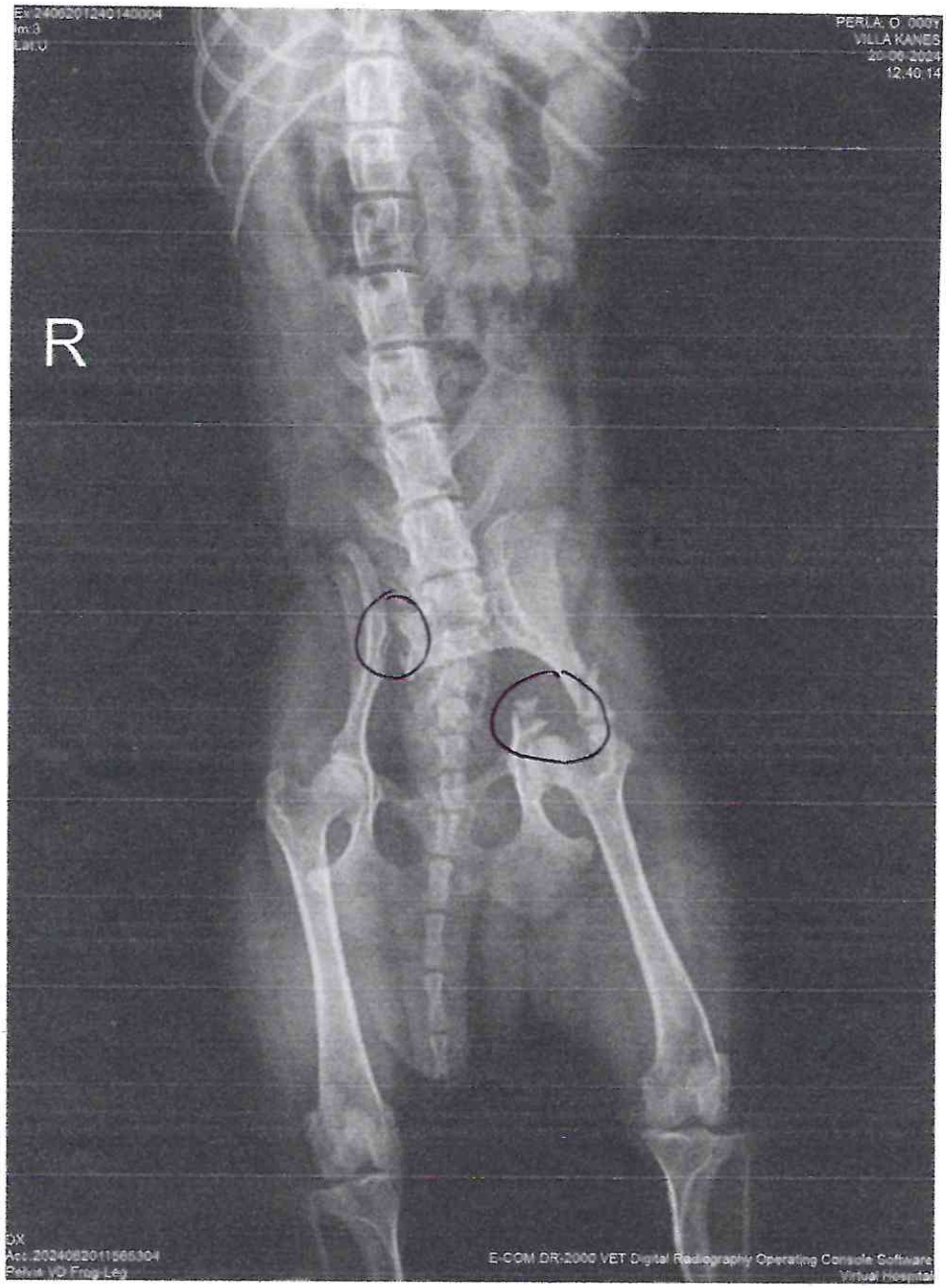
En las radiografías evaluadas se evidencia alteración de la arquitectura de la cadera, luxación sacro ilíaca derecha, fractura completa desplazada del ala del ilion izquierda en su tercio distal (craneal a la fosa acetabular), fractura de isquion y pubis asimetría de los agujeros obturadores por los cambios descritos. Inflamación de los tejidos blandos perilesionales. Acumulo de material fecal.

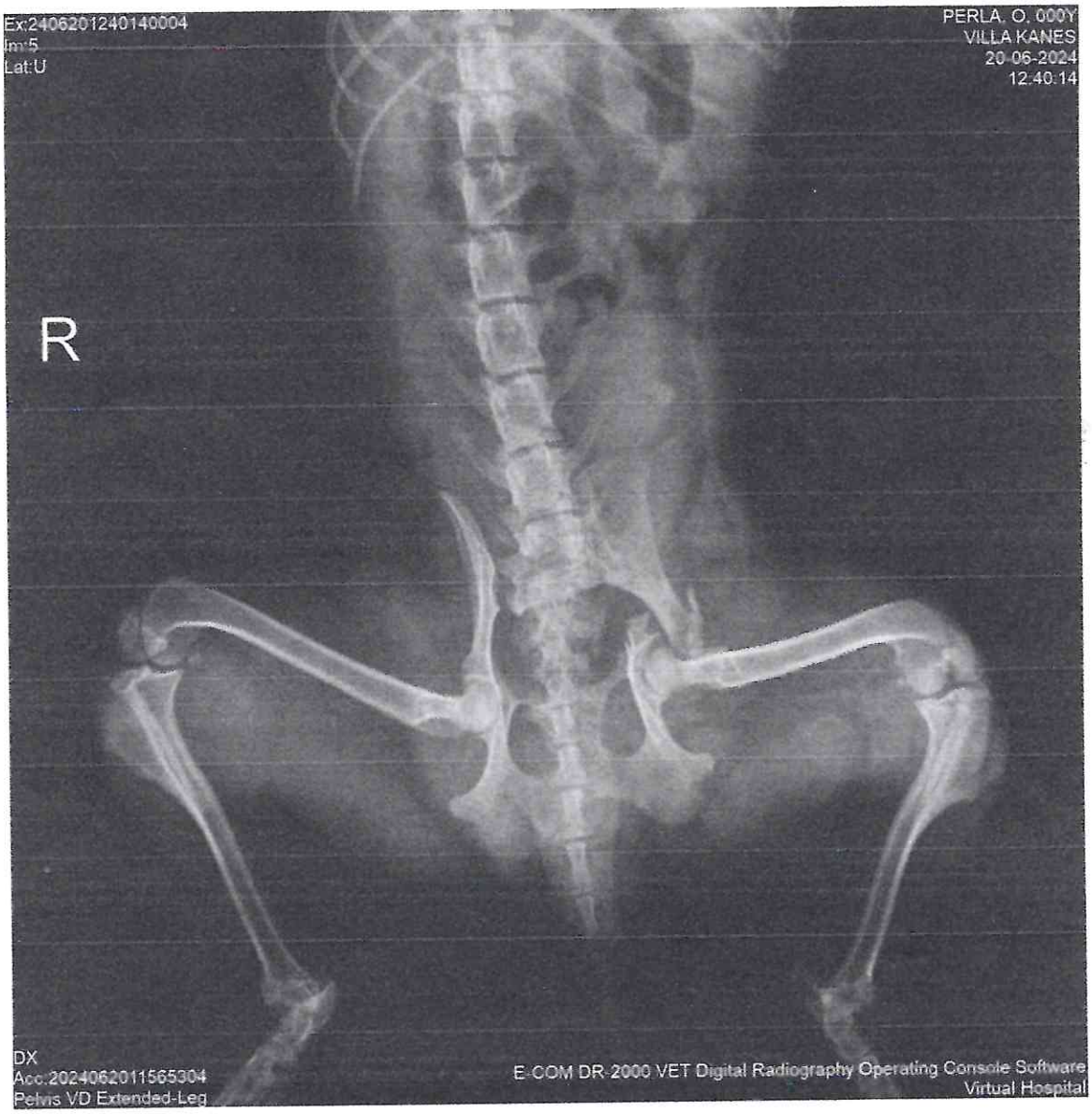
Interpretación radiográfico diferencial:

- Fractura acetabular izquierda craneal con desplazamiento del ilion izquierdo
- Luxación sacroiliaca derecha
- Fractura múltiple de isquion y pubis
- Cosntipacion.

** Se recomienda corrección ortopédica de las lesiones.


Ex 240620124014000
Im 6
Lat U
PERLA, O, 000Y
VILLA KANES
20-06-2024
12,40 14
R
DX
Acc 20240620115653104
Pelvis VD Extended Leg
E-COM DR 2000 VET Digital Radiography Operating Console Software
Virtual Hospital


R
PERLA, O 0001
VILLA KANES
20-06-2024
12.40.14
DX
E-COM DR-2000 VET Digital Radiography Operating Console Software


Ex:2406201240140004
Im:5
Lat:U
PERLA, O, 000Y
VILLA KANES
20-06-2024
12:40:14
R
DX
Acc.2024062011565304
Pelvis VD Extended-Leg
E-COM DR-2000 VET Digital Radiography Operating Console Software
Virtual Hospital


L

Clinipet

Gookuo Echeverry.

Clinica Veterinaria UAM
Avenida Circunvalar #9-67.
Pereira, Risaralda - Colombia
320303-ext 6024

zoetis

PERLA

ID del paciente: 2569

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 24/12/2021
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Hembra
Raza: PINSCHER
Doctor: Desconocido/a

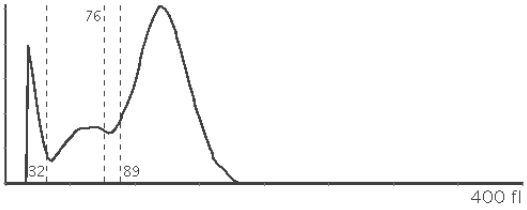
Hematología

Fecha: 21/06/2024 09:33 PM N° de serie del analizador: 360017749

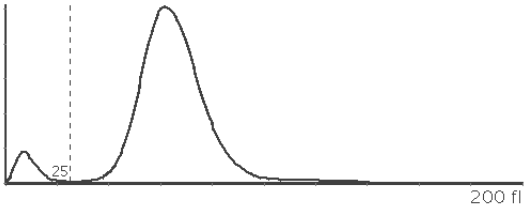
	RESULTADO	BAJO	NORMAL	ALTO
LEU Leucocitos/Glóbulos blancos	8.79 10^3/µl		6.0 – 17.0	
LIN Linfocito	1.55 10^3/µl		1.0 – 4.8	
MON Monocito	0.54 10^3/µl		0.2 – 1.5	
NEU Neutrófilo	6.65 10^3/µl		3.0 – 12.0	
EOS Eosinófilo	0.03 10^3/µl		0.0 – 0.8	
BAS Basófilo	0.01 10^3/µl		0.0 – 0.4	
LIN% Linfocito (%)	17.7 %			
MON% Monocito (%)	6.2 %			
NEU% Neutrófilo (%)	75.6 %			
EOS% Eosinófilo (%)	0.4 %			
BAS% Basófilo (%)	0.1 %			
ERI Eritrocitos/Glóbulos rojos	5.99 10^6/µl		5.5 – 8.5	

	RESULTADO	BAJO	NORMAL	ALTO
Hb Hemoglobina	12.9 g/dl		12.0 – 18.0	
Hto Hematocrito	39.61 %		37.0 – 55.0	
VCM Volumen corpuscular medio	66 fl		60.0 – 77.0	
HCM Hemoglobina corpuscular media	21.5 pg		19.5 – 24.5	
CHCM Concentración de HCM	32.5 g/dl		31.0 – 39.0	
RDWc Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación	18.1 %		14.0 – 20.0	
RDWs Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar	39.1 fl			
PLT Plaquetas	298 10^3/µl		165.0 – 500.0	
VPM Volumen plaquetario medio	8.6 fl		3.9 – 11.1	
PCT Plaquetocrito	0.26 %			
PDWc Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación	34.4 %			
PDWs Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar	12.3 fl			

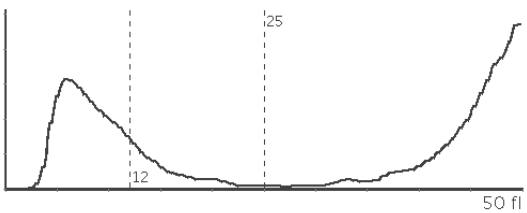
Histograma: LEU



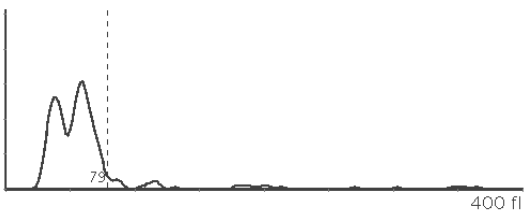
Histograma: ERI



Histograma: PLT



Histograma: EOS





Alcaldía de PEREIRA

CONCEPTO TÉCNICO

Versión: 1 Fecha de vigencia: 12/02/2024

INFORMACION DEL PREDIO	
Corregimiento:	COMBIA
Vereda:	CONDOMINIO TEYU
Nombre Finca:	CASA 8
Ficha catastral:	
Coordenadas: N:	W:

INFORMACION DEL PROPIETARIO	
Nombres:	KARLA VANESSA
Apellidos:	GARCÍA SUAZA
Cédula Nº	1088237855
Tel fijo:	Celular: +1 5512578440

Fecha visita: DD/MM/AAAA

Diario de Labores Nº:

COMPONENTE: BIENESTAR ANIMAL

ASUNTO: CANINA POLITRAUMATIZADA (NOMBRE LUNA).

DESCRIPCION: ANTECEDENTES: CANINA ATROPELLADA POR EL SECTOR DE COMBIA CON HERIDAS DE CONSIDERACIÓN EN LA ZONA LUMBAR.

OBSERVACIONES : LA CANINA ESTÁ POLITRAUMATIZADA POR ATROPELLAMIENTO, SIN EMBARGO, PUEDE DESPLAZARSE Y CAMINAR CON DIFICULTAD. LA AFECCIÓN MÁS NOTORIA ES LA INFLAMACIÓN QUE EXHIBE EN LA REGION LUMBAR.

CONCLUSIONES:

- CANINA POLITRAUMATIZADA POR ATROPELLAMIENTO.
- INFLAMACIÓN CONSIDERABLE EN ZONA LUMBAR.

RECOMENDACIONES:

- REALIZAR MANEJO DE DOLOR Y DEMÁS PROCEDIMIENTOS.
- REALIZAR RX PARA DESCARTAR FRACTURA.
- DAR INFORMACIÓN A VANESSA GARCÍA
  → +1 551 257 8440

Nota. Este concepto se complementa con registro fotográfico

NOMBRE DEL TÉCNICO: FRANK ARBELÁEZ **FIRMA** _____

FICHA CLÍNICA

Impresa el *16/07/2024*

CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

Dirección: CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA Tel. (606) 320 03 03 EXT 6010
INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3
e-mail: clinicaveterinariapereira@uam.edu.co

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 30-ESQUIVA
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 22/06/2024
Última Visita: 16/07/2024

Paciente: ESQUIVA
Especie: CANINO
Raza: MESTIZO
Sexo: HEMBRA
Pelaje:
Microchip:
Fecha de Nac.: 24/06/2018
Fecha de Alta: 22/06/2024
Última Visita: 25/06/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 22/06/2024 09:39:19 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491

Juliana marcela rocha vallejo
cc 43251057
3136844725

MOTIVO DE INGRESO: CONSULTA
Paciente ingresa por CONVENIO CON UKUMARI por presentar politraumatismo por atropellamiento desde el dia martes. NO se habían dado cuenta que estaba así.

****** Exámen Físico Fecha: 22/06/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: 39.2 °C -- Peso: 23 Kg. -- General: HIPODINAMICA
Ojos - Orejas - Nariz - Garganta: SIN SECRESIONES NASALES NI OCULARES
Piel tegumento: AUMENTO DE TAMAÑO EN LA PARTE DORSAL DEL TREN POSTERIOR, SE APRECIA ZONA MUY CALIENTE
Músculo esquelético: CC 7/7, DESPLAZAMIENTO NORMAL
Cardiovascular: MUCOSAS ROSAS, TLLC 2SEG, SIN SOPLOS NI ARRITMIAS
Respiratorio: SIN SONIDOS ANORMALES
Gastrointestinal: PRENSA ABDOMINAL
Neurológico: SLA
Linfático: LINFONODOS NO REACTIVOS
Tratamiento: Se explica que lo que se debe hacer es determinar si ese aumento de tamaño es acumulo de líquido.

Se canaliza con catéter 22, se inicia medicación con MELOXICAM 0.2mg/kg, DIPIRONA 25mg/kg.

Se realiza sedación con XILACINA 0.5mg/kg, KETAMINA 2mg/kg. Se realiza extracción del líquido y se deja un dren de penrouse y se deja un vendaje compresivo.

Se recomienda radiografía de cadera y de columna, también realizar ecografía abdominal.

*** Fecha: 22/06/2024 04:20:05 PM HEMOGRAMA
*** Fecha: 22/06/2024 04:20:12 PM BIOQUIMICA
****** Fecha: 22/06/2024 06:36:55 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente ingresa por convenio de alcaldía por presentar trauma por atropellamiento desde hace 4 días, representante comenta que se ha hinchado. Se entra a procedimiento quirúrgico y se instaura un dren para drenaje de líquido del aumento de tamaño a nivel de flanco izquierdo. Durante toda la tarde secreta liquido serosanguinolento. Se realiza exámenes (hemograma: Leucocitosis

con monocitosis y neutrofilia) (Bioquímicas Albumina y sodio disminuido). Se instaura terapia con Meloxicam 0.2 mg/kg IV + Colivet 25 mg/kg IV + Enrovet 5 mg/kg SC + Pregabalina 4 mg/kg VO. Paciente se mantiene tranquila durante el turno. En horas de la tarde se toman constantes T° 37.4, FC 92, FR 40, PULSO F/C, Mucosas Rosa pálidas, TLLC 2". Se oferta agua y alimento e ingiere con apetito. Se saca, pero no realiza ni deposición ni micción. Queda pendiente realizar radiografías el día lunes.

****** Fecha: 23/06/2024 07:42:48 AM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO NCOHE: Paciente durante el turno esta postrada pero cuando se saca a la zona verde se mueve con mucha facilidad, la inflamación a disminuido, presenta micción sin alteraciones, pero no realiza deposición. Se ofrece comida, pero no la recibe a no ser que se le de directamente de la mano. Toma agua a voluntad. Dren funcional, libera material sanguinolento, se adiciona a la terapéutica Metronidazol.

Pendientes:
Estudio radiográfico para el día lunes.

****** Fecha: 23/06/2024 06:33:46 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente estable, no presenta vómitos ni diarrea, no orina ni defeca, Persiste secreción serosanguinolento (Abundante cantidad) durante todo el día. Se retira vendaje debido a dolor e incomodidad de la paciente. Se continua con la medicación establecida, se mantiene todo el turno durmiendo. Se toman constantes FC 100 FR 28 T 37.2, Mucosas Rosadas TLLC 2 segundos. Se oferta agua y alimento el cual come y bebe con abundante apetito. Se recomienda realizar radiografía y ecografía.
****** Fecha: 24/06/2024 08:02:34 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente estable, tranquila, pero nerviosa a la manipulación, se continua con la medicación establecida, dolor controlado, herida de buena apariencia, persiste drenaje de líquido serosanguinolento, come con mucho apetito, toma agua constantemente, se saca en la noche en la mañana pero no orina ni defeca, es muy nerviosa y ni siquiera olfatea en la calle, se recomienda poner a caminar un poco más, el día de hoy tiene programada radiografía de cadera bajo sedación, se deja en ayuno, se deja en ayuno desde las 12 am, constantes en la mañana FC 104 FR 28 TEM 37.8, queda en ayuno.

****** Fecha: 24/06/2024 08:42:14 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO DIA: Paciente durante el día ha estado durmiendo gran parte del turno, en la mañana se le practico radiografía de cadera, pero el reporte parcial no evidencia nada, aun así, especialista recomienda esperar reporte escrito. Se le practica ecografía abdominal pero no se evidencia cuerpo extraño o tumores. Esta pendiente para mañana alta médica, pero la persona que manifiesta que esta a cargo indica que vendría por ella mañana para continuar limpiezas de la herida en casa. Paciente clínicamente estable. Esta pendiente reporte RX y Ecografía.
*** Fecha: 24/06/2024 11:36:31 PM REPORTE RADIOGRAFICO
*** Fecha: 24/06/2024 11:39:01 PM REPORTE ECOGRAFICO
****** Fecha: 25/06/2024 06:34:28 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
Paciente Estable, no presenta vómitos ni diarrea, orina mas no defeca (Muy nerviosa al sacar al pasto y busca escaparse), herida sigue drenando líquido, pero en comparación con ayer menos cantidad y mas seroso que sanguinolento. Se mantiene el turno durmiendo. Se toman constantes FC 64 FR 24 T 36.5, Mucosas Rosadas, TLLC 2 segundos, se oferta alimento y agua el cual come y bebe con apetito. Se recomienda alta médica.
*** Fecha: 25/06/2024 03:26:53 PM FORMULA MEDICA

****** Fecha: 25/06/2024 03:54:23 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ALTA MEDICA: Paciente clínicamente estable, de buen comer y tomando agua a voluntad. Aun presenta leve secreción de la herida por lo tanto se recomienda continuar con el DREN. Se indica manejo en casa y se entrega formula medica a base de PREVICOX, METRONIDAZOL, MARBOQUIN y COLLAR ISABELINO. Control en 48 horas. Se indica que en el momento que por 24 horas deje de secretar liquido este ya se debe retirar.

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 25/06/2024 TITULO: FORMULA MEDICA
I) METRONIDAZOL TAB X 500 mg ---------- # 10
Suministrar via oral 1 tableta cada 12 horas por 5 dias.

II) PREVICOX TAB X 227 mg ---------- # 3
Suministrar via oral 1/2 tableta cada 24 horas por 5 dias.

III) MARBOQUIN 50 ---------- # 8
Suministrar via oral 1 y 1/2 tableta cada 24 horas por 5 dias.

IV) ESOMEPRAZOL TAB X 20 mg ---------- # 5
Suministrar via oral 1 tableta cada 24 horas por 5 dias.

V) COLLAR ISABELINO ---------- # 1
Obligatorio y permanente.

RECOMENDACION

1) Control en 48 horas.

2) En caso de reaccion a los medicamentos, estos se deben retirar y el paciente debe ser traido inmediatamente.

_____
CARLOS OSPINA - MP 31610

FECHA: 24/06/2024 TITULO: REPORTE RADIOGRAFICO
VER ARCHIVO ADJUNTO

FECHA: 24/06/2024 TITULO: REPORTE ECOGRAFICO
VER ARCHIVO ADJUNTO

FECHA: 22/06/2024 TITULO: HEMOGRAMA
OTROS: VER ADJUNTO

FECHA: 22/06/2024 TITULO: BIOQUIMICA
OTROS: VER ADJUNTO

CTA. CTE.

16/07/2024

CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 30-ESQUIVA

Domiciliado en la calle: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA

Localidad: RISARALDA

Fecha	Descripción	Cantidad	Ventas	Pagos	Saldo
22/06/2024	*MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - CARLOS OSPINA	1.00	5200	0	5200
22/06/2024	*COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - CARLOS OSPINA	2.00	10000	0	15200
22/06/2024	*ENROVET SUSP INY 10% DE 0,6 A 1 ML - Unit. $6000 - CARLOS OSPINA	1.00	6000	0	21200
22/06/2024	*METRONIDAZOL VIAL X 100 ML - Unit. $16000 - CARLOS OSPINA	1.00	16000	0	37200
22/06/2024	*VENDA COBAN PET-FLEX 10 X 4,5 TS - Unit. $16500 - CARLOS OSPINA	1.00	16500	0	53700
22/06/2024	*CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $16000 - CARLOS OSPINA	1.00	16000	0	69700
22/06/2024	*19 DREN DE PENROSE 1/4" X 17" ESTERIL - Unit. $6800 - CARLOS OSPINA	1.00	6800	0	76500
22/06/2024	LIMPIEZA HERIDA PROCEDIMIENTO - Unit. $15300 - CARLOS OSPINA	1.00	15300	0	91800
22/06/2024	*VENDA TELA O GASA 4X5 UND - Unit. $5500 - CARLOS OSPINA	1.00	5500	0	97300
22/06/2024	*SUTURA N/A 2-0 (UNIDAD) - Unit. $8100 - CARLOS OSPINA	1.00	8100	0	105400
22/06/2024	*TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $500 - CARLOS OSPINA	1.00	500	0	105900
22/06/2024	*19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $350 - CARLOS OSPINA	3.00	1050	0	106950
22/06/2024	*19 CUCHILLA BISTURI #21 UND - Unit. $450 - CARLOS OSPINA	1.00	450	0	107400
22/06/2024	*CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3200 - CARLOS OSPINA	2.00	6400	0	113800
22/06/2024	UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - CARLOS OSPINA	1.00	24300	0	138100
22/06/2024	*ROTOR CUIDADO PRENTIVO ALB,ALP,ALT,AST,BUN,CA,CL-,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+, TBIL,TC - Unit. $95000 - CARLOS OSPINA	1.00	95000	0	233100
22/06/2024	HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - CARLOS OSPINA	1.00	31500	0	264600
22/06/2024	HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - CARLOS OSPINA	1.00	23400	0	288000
23/06/2024	*CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $16000 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	16000	0	304000
24/06/2024	HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	31500	0	335500
24/06/2024	HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	23400	0	358900
24/06/2024	*CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $16000 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	16000	0	374900
24/06/2024	*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	500	0	375400
24/06/2024	*19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $350 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	350	0	375750

Fecha	Descripción	Cantidad	Ventas	Pagos	Saldo
24/06/2024	*MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	5200	0	380950
24/06/2024	*COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - SANTIAGO PULGARIN	2.00	10000	0	390950
24/06/2024	*ENROVET SUSP INY 10% DE 0,6 A 1 ML - Unit. $6000 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	6000	0	396950
24/06/2024	*METRONIDAZOL VIAL X 100 ML - Unit. $16000 - SANTIAGO PULGARIN	2.00	32000	0	428950
24/06/2024	*MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - MARIA DANIELA	1.00	5200	0	434150
24/06/2024	*COLIVET INYECTABLE DE 1,1 A 3 ML - Unit. $5600 - MARIA DANIELA	1.00	5600	0	439750
24/06/2024	*ENROVET SUSP INY 10% DE 0,6 A 1 ML - Unit. $6000 - MARIA DANIELA	1.00	6000	0	445750
24/06/2024	*METRONIDAZOL VIAL X 100 ML - Unit. $16000 - MARIA DANIELA	2.00	32000	0	477750
24/06/2024	*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - MARIA DANIELA	2.00	1000	0	478750
24/06/2024	*19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $350 - MARIA DANIELA	2.00	700	0	479450
24/06/2024	ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE (3 PLACAS) - Unit. $79500 - MARIA DANIELA	1.00	79500	0	558950
24/06/2024	HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - MARIA DANIELA	1.00	31500	0	590450
24/06/2024	REPORTE RADIOGRAFICO - Unit. $32400 - MARIA DANIELA	1.00	32400	0	622850
24/06/2024	SEDACION PROCEDIMIENTO - Unit. $40000 - MARIA DANIELA	1.00	40000	0	662850
24/06/2024	*TRAMADOL 50MG/ML AMPLL X 2 ML - Unit. $2000 - MARIA DANIELA	1.00	2000	0	664850
24/06/2024	*XILASYNA 2% INY DOSIS X ML - Unit. $4800 - MARIA DANIELA	1.00	4800	0	669650
24/06/2024	ANALGESIA MULTIMODAL - Unit. $16200 - MARIA DANIELA	1.00	16200	0	685850
24/06/2024	*FORMULA DE CONTROL ESPECIAL - Unit. $15000 - MARIA DANIELA	1.00	15000	0	700850
24/06/2024	*VENOCLISIS MACROGOTEO - Unit. $3000 - MARIA DANIELA	1.00	3000	0	703850
24/06/2024	*19 ECOGRAFIA ABDOMINAL - Unit. $110000 - CARLOS OSPINA	1.00	110000	0	813850
24/06/2024	*METRONIDAZOL VIAL X 100 ML - Unit. $16000 - CARLOS OSPINA	1.00	16000	0	829850
24/06/2024	SUTURA DE HERIDA (PROCEDIMIENTO) - Unit. $118000 - SANTIAGO PULGARIN	1.00	118000	0	947850

Moneda: $

SALDO: 947850

Alcaldía de PEREIRA

CONCEPTO TÉCNICO

Versión: 1

Fecha de vigencia: 12/02/2024

INFORMACION DEL PREDIO	
Corregimiento:	COMBIA
Vereda:	CONDOMINIO TEYU
Nombre Finca:	CASA B
Ficha catastral:	
Coordenadas: N:	W:

INFORMACION DEL PROPIETARIO	
Nombres:	KARLA VANESSA
Apellidos:	GARCÍA SUAZA
Cédula Nº	1088237855
Tel fijo:	Celular: +1 5512578440

Fecha visita: DD/MM/AAAA

Diario de Labores Nº:

COMPONENTE: BIENESTAR ANIMAL

ASUNTO: CANINA POLITRAUMATIZADA (NOMBRE LUNA).

DESCRIPCION: ANTECEDENTES: CANINA ATROPELLADA POR EL SECTOR DE COMBIA CON HERIDAS DE CONSIDERACIÓN EN LA ZONA LUMBAR.

OBSERVACIONES : LA CANINA ESTÁ POLITRAUMATIZADA POR ATROPELLAMIENTO, SIN EMBARGO, PUEDE DESPLAZARSE Y CAMINAR CON DIFICULTAD. LA AFECCIÓN MÁS NOTORIA ES LA INFLAMACIÓN QUE EXHIBE EN LA REGION LUMBAR.

CONCLUSIONES:

- CANINA POLITRAUMATIZADA POR ATROPELLAMIENTO.
- INFLAMACIÓN CONSIDERABLE EN ZONA LUMBAR.

RECOMENDACIONES:

- REALIZAR MANEJO DE DOLOR Y DEMÁS PROCEDIMIENTOS.
- REALIZAR RX PARA DESCARTAR FRACTURA.
- DAR INFORMACIÓN A VANESSA GARCÍA → +1 551 257 8440

Nota. Este concepto se complementa con registro fotográfico

NOMBRE DEL TÉCNICO: FRANK ARBELÁEZ **FIRMA** _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES DE LA RED PÚBLICA VETERINARIA

Yo Juliana Rocha Valle identificado con cédula de ciudadanía número 43'251.057 de Medellín en calidad de tutor de Esquiva, especie Canino, raza Mestiza, sexo M____ H X, de 5Años años, con 23.0 Kg de peso e historia clínica número 2570. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud de mi mascota por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar la salud del paciente.

Comprendo que los gastos derivados de la presente atención serán asumidos de manera parcial por la secretaria de desarrollo rural del municipio de Pereira a través de un convenio de cooperación suscrito con la clínica Visión de las Américas, por lo que dicha secretaria podrá solicitar información sobre los avances del tratamiento, historia clínica e imágenes del paciente y definirá el monto máximo por el cual se prestará el servicio. En caso que los costos excedan el tope por ellos establecidos, yo como tutor deberé asumir los costos adicionales del tratamiento del paciente en este u otro centro veterinario de mi elección.

he recibido y entendido la información sobre las posibles necesidades de atención de mi paciente que incluyen hospitalización, diagnóstico por imágenes, diagnósticos de laboratorio, cirugía, consulta especializada, suministro de medicamentos-quimioterapéuticos-transfusiones y en el peor de los casos eutanasia, y de necesitar ser anestesiado o tranquilizado comprendo que la **CLASIFICACIÓN DE RIESGO ANESTÉSICO ASA** de mi mascota es II entiendo que, dentro de los riesgos posibles y efectos colaterales del procedimiento a realizarse se encuentran: Paro cardio respiratorio - Infección

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual

del/la paciente 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.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados conforme a los protocolos médicos, quirúrgicos y de bienestar animal. En caso de agravamiento de la enfermedad o perdida de la calidad de vida, autorizo a los profesionales de la **Institución Universitaria Visión de las Américas** para aplicar la eutanasia en caso de yo no estar presente, siempre y cuando se me solicite autorización previa y pueda hacerlo por mensaje de texto o e-mail.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste, tampoco se hace responsable de los daños a terceros. Así mismo, autorizo a la **Institución Universitaria Visión de las Américas** de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellos que por negligencia de su propietario permanezcan sin autorización de tratamiento dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico y requerimientos o 2 días después de notificada la salida del paciente sin que nadie se presente a recogerlo, evento en el cual la **Institución Universitaria Visión de las Américas** podrá libremente disponer del paciente y el Tutor o responsable no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra la clínica o el médico veterinario.

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución.

He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

Autorizo la obtención, divulgación y publicación de imágenes y datos de la historia clínica del paciente por parte de la Institución Universitaria Visión de las Américas con fines académicos y/o para difusión en redes sociales.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de la **Institución Universitaria Visión de las Américas**.

En contraparte yo María Labarca con tarjeta profesional número RPP99 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

Para constancia se firma el 22 de Junio del 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el paciente.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 22 de Junio del 2024

Propietario/acudiente:
CC: 43'281.057
Tel: 313684 47 25.

MP: RPP99

Médico Veterinario:

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

Precio #3

CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de ingreso: 22/06/24 Sexo: M___ H X Peso: 23.0kg Cta $ #3

Paciente: Esquiva # HC: 2570 Especie: Canino Médico tratante: _____

Diagnostico presuntivo: Traumatismo x atropellamiento Edad: Señas aprox Obs. _____

FECHA	MEDICAMENTO	FRE	VIA	MG/KG	DOSIS ML
22/06	Meloxicam 2%	24h	sc/IV	0,2mg	0,2 ml
	Dipirona	12h	IV	25mg	1 ml
	Enrovet 10%	24H	SC	5mg	1 ml
	Pregabalina 50mg	12h	VO	2.5mg	1 tap
	Metronidazol	12h	IV	20	95
23/06	Meloxicam 2%	24h	SC/IV	0,1	0,1
	Dipirona	12h	IV	26	1
	Enrovet 10%	24h	SC	5	1
	Pregabalina 50mg	12h	PO	2,5	1 CAP
	Metronidazol	12h	IV	20	95
24/06	Meloxicam 2%	24h	IV	0,1	0,1 ml
	Dipirona	12h	IV	25	1ml
	Enrovet 10%	24h	SC	5	1 ml
	Pregabalina 50mg	12h	PO	2,5	1cap
	Metronidazol	12h	IV	20	95
25/06					
	Meloxicam 2%	24h	IV	0.1mg	0.1ml
	Calivet	12h	IV	25mg	1 ml
	Enrovet 10%	24h	SC	5mg	1 ml
	Pregabalina 50mg	12h	VO	2.5mg	1cap
	Metronidazol	12h	IV	20mg	9.5ml

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
										⊗													
										⊗												⊗	
													⊗										
													⊗										
																					⊗		
										⊗												⊗	
										⊗													
													⊗										
	⊗												⊗										
									⊗												⊗		
										⊗													
									⊗	⊗											⊗		
	⊗												⊗										
									⊗				⊗								⊗		
										⊗													
										⊗												⊗	
													⊗										
				⊗												⊗							
									⊗												⊗		

Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:

Programado O
Aplicado X

Clín[illegible] Veterinaria Visión de las Améri[illegible]s

Exámen físico diario paciente hospitalizado

Paciente: Esquiva Numero de HC: 2570 Peso de ingreso: 23 Kg

Ingresa: 22/06/2024 Obs: Alcaldia Convenio

FECHA																
HORA / PARAMETRO	22/06 5:00	23/06 3:00pm	24/06 6:00	25/06 5:00AM												
T°	37.4°C	37.2°C	37.8°	36.5°C												
FC	92	100	104	64												
FR	40	28	28	24												
PULSO	F	F	Ft	F												
MUCOSAS	R	R	R	R												
TLLC	2s	2s	2s	2s												
COME	Si	Si	Ayuno	Si												
BEBE	Si	Si	Ayuno	Si												
VOMITO	NO		NO	NO												
HECES			NO	NO												
MICCION			NO	Si												
PESO	23 Kg	—		—												
PRESION ARTERIAL MEDIA	—	—		—												
% DESHIDRATACION	—	—		—												
FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex	H	—		—												
Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm	140ml	—		—												
Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am																
SCORE GLASGOW *dolor		4/20														
SCORE GLASGOW *neuro		—														
REALIZADO POR *iniciales	NDLB	NDLB SPJ		NDLB												
PENDIENTES																
OBSERVACIONES																

CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

PACIENTE: Esquiva	FECHA	FECHA		FECHA
ARTICULO	22/06	23/06	24/06	
ARENA PARA GATOS X LB				
ACIFLUX TAB 500 MG				
BATA BLANCA DESECHA.				
BURETA 150 ML X UND				
CANULA NASAL DE OXIGENO				
CATETER IV 18				
CATETER IV 20 ROSADO				
CATETER IV 22 AZUL	2			
CATETER IV 24 AMARILLO				
COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND				
CONSUMIBLES HOSPITAL				
COPITO MADERA ESTERIL				
CUCHILLA BISTURI # 21	1			
CUCHILLA BISTURI #				
ENTEREX POLVO X 8 GR				
EQUIPO PERICRANEAL 21G				
EXTENCION PARA ANESTAESIA				
FCO GOTERO X ___ ML				
FCO RECOLECTOR COPRO.				
FCO RECOLECTOR ORINA				
FORMULA DE CONTROL ESPE.		1		
GUANTES QX ESTERIL 7,5				
GUANTES QX ESTERIL 6,5				
JERINGA PUNTA CATE.				
JERINGA 1 ML		1	2	
JERINGA 10 ML				
JERINGA 20 ML				
JERINGA 2-3 ML	1+2	1	2	
JERINGA 5 ML				
JERINGA 50 ML				
KIT MICRONEBULIZACION				
LATA C/N 156 G				

# HC 2570	FECHA		FECHA	FECHA
ARTICULO	22/06			
LATA CANINE I/D 13 OZ				
LATA E/N CANINO 377 G				
LATA FELINO I/D 5.5 OZ				
LATA HA CANINE X 377 GR				
LLAVE DE TRES VIAS				
MILPRO ADULTO 16MG/40MG				
MILPRO CACHORRO TAB				
OXIGENO MEDICINAL (PARED)				
OXIGENOTERAPIA CONCENTRA.				
SET DE TRANSFUSION SANGRE				
SOL. DEXTROSA 5% 500 ML				
SOLUCION CLORURO X 100ML				
SOLUCION CLORURO X 500ML				
SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML				
SONDA FOLEY 2 VIAS #				
SONDA LEVIN NASOGA. #				
SONDA NELATHON #				
SONDA NELATHON #				
SONDA URINARIA FELINO				
SUPRASOB A COMPRESA				
SUT. AC POLIGLICOLICO #				
SUT. POLIDIOXANONA #				
SUT. POLIGALACTINA #				
SUTURA N/A # 2.0	1			
TAPON HEPARINIZADO	1			
TEST DE FLUORESCEINA				
TEST DE LEUCEMIA				
TEST DE MOQUILLO				
TEST DE PARVOVIRUS				
TEST DE SCHIMER TIRILLA				
TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt				
TIRA PARA CETONA EN SANGRE				

		FECHA	FECHA	FECHA
ARTICULO	22/06		24/06	
TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI				
TUBO ENDOTRAQUEAL #				
TUBO ENDOTRAQUEAL #				
VENDA COBAN PET-FLEX				
VENDA TELA O GASA 4X5 UND	1			
VENOCLISIS MACROGOTEO		1		
VENOCLISIS MICROGOTEO				
VLIWASORB APOSITO				
VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA)				
CITOLOGIA				
ECOGRAFIA ABDOMINAL			1	
ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE			1	
HEMOGRAMA UAM	1			
HIDRATACION	1	1		
HISTOPATOLOGIA				
HOSPITALIZACION	1	1	1	
NEBULIZACION				
REPORTE RADIOGRAFICO			1	
SERVICIOS Y OTROS				
LIMPIEZA PROFUNDA	250.000			
PROCEDIMIENTO ANTITIA	1			
DRENPENROUSE	1			
CONSUMIBLE HOSPITA	1			
VENDA KOBAN	1			
ROTOR CUIDADO PACV	1			
SEDACIÓN			1	
TRAMADOL AM.			1	
XILASINA			0,6 c.c	
KETAMINA			1 c.c	

CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZAD

PACIENTE:	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	# HC	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
ARTICULO					ARTICULO					ARTICULO				
ARENA PARA GATOS X LB					LATA CANINE I/D 13 OZ					TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI				
ACIFLUX TAB 500 MG					LATA E/N CANINO 377 G					TUBO ENDOTRAQUEAL #				
BATA BLANCA DESECHA.					LATA FELINO I/D 5.5 OZ					TUBO ENDOTRAQUEAL #				
BURETA 150 ML X UND					LATA HA CANINE X 377 GR					VENDA COBAN PET-FLEX				
CANULA NASAL DE OXIGENO					LLAVE DE TRES VIAS					VENDA TELA O GASA 4X5 UND				
CATETER IV 18					MILPRO ADULTO 16MG/40MG					VENOCLISIS MACROGOTEO				
CATETER IV 20 ROSADO					MILPRO CACHORRO TAB					VENOCLISIS MICROGOTEO				
CATETER IV 22 AZUL					OXIGENO MEDICINAL (PARED)					VLIWASORB APOSITO				
CATETER IV 24 AMARILLO					OXIGENOTERAPIA CONCENTRA.					VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA)				
COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND					SET DE TRANSFUSION SANGRE					**CITOLOGIA**				
CONSUMIBLES HOSPITAL					SOL. DEXTROSA 5% 500 ML					**ECOGRAFIA ABDOMINAL**				
COPITO MADERA ESTERIL					SOLUCION CLORURO X 100ML					**ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE**				
CUCHILLA BISTURI #					SOLUCION CLORURO X 500ML					**HEMOGRAMA UAM**				
CUCHILLA BISTURI #					SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML					**HIDRATACION**				
ENTEREX POLVO X 8 GR					SONDA FOLEY 2 VIAS #					**HISTOPATOLOGIA**				
EQUIPO PERICRANEAL 21G					SONDA LEVIN NASOGA. #					**HOSPITALIZACION**				
EXTENCION PARA ANESTAESIA					SONDA NELATHON #					**NEBULIZACION**				
FCO GOTERO X ____ ML					SONDA NELATHON #					**REPORTE RADIOGRAFICO**				
FCO RECOLECTOR COPRO.					SONDA URINARIA FELINO					**SERVICIOS Y OTROS**				
FCO RECOLECTOR ORINA					SUPRASOB A COMPRESA									
FORMULA DE CONTROL ESPE.					SUT. AC POLIGLICOLICO #									
GUANTES QX ESTERIL 7,5					SUT. POLIDIOXANONA #									
GUANTES QX ESTERIL 6,5					SUT. POLIGALACTINA #									
JERINGA PUNTA CATE.					SUTURA N/A #									
JERINGA 1 ML					TAPON HEPARINIZADO									
JERINGA 10 ML					TEST DE FLUORESCEINA									
JERINGA 20 ML					TEST DE LEUCEMIA									
JERINGA 2-3 ML					TEST DE MOQUILLO									
JERINGA 5 ML					TEST DE PARVOVIRUS									
JERINGA 50 ML					TEST DE SCHIMER TIRILLA									
KIT MICRONEBULIZACION					TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt									
LATA C/N 156 G					TIRA PARA CETONA EN SANGRE									

Institución Universitaria Visión de las Américas
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia
Clínica Veterinaria

REGISTRO DE ATENCION PARA PACIENTES DE LA RED PUBLICA VETERINARIA

Yo, Juliana Henao, identificado con cedula de ciudadanía número 42165534 de Pereira entiendo que Esquiva identificada con historia clínica número 2570, ha recibido atención médica por parte de la clínica veterinaria visión de la Américas, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa.

Certifico que el/la paciente recibió durante su atención los siguientes servicios y productos:
Analisis. Sangre - Drenaje Hematoma - Hospitalizacion medicacion intrahospitalaria.

y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de estos servicios.

Comprendo que en caso de no seguir el plan de terapéutico instaurado y las recomendaciones dadas por los médicos puede haber complicaciones y soy consciente de esto.

He comprendido la información suministrada por ende me comprometo a seguir al pie de la letra las recomendaciones recibidas y la recuperación del/la paciente, esta ahora bajo mi propia responsabilidad. En constancia de ello firmo libre y voluntariamente.

Propietario/acudiente:
CC: 42165534

Médico Veterinario:
M.P: 3610

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 25 de 06 de 24

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable del/la paciente.

Clinica Veterinaria UAM
Avenida Circunvalar #9-67.
Pereira, Risaralda - Colombia
320303-ext 6024

zoetis

esquiva

ID del paciente: 2570

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 1/01/2019
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Hembra castrada
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

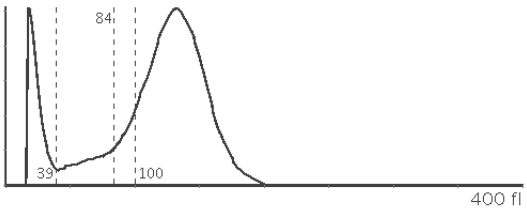
Hematología

Fecha: 22/06/2024 11:15 AM N° de serie del analizador: 360017749

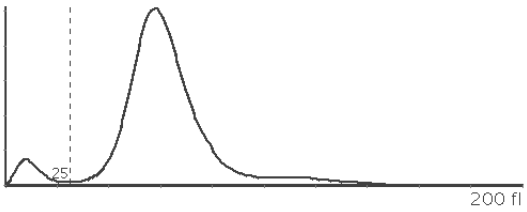
	RESULTADO	BAJO	NORMAL	ALTO
LEU Leucocitos/Glóbulos blancos	23.39 10^3/µl	ALTO	6.0	17.0
LIN Linfocito	2.30 10^3/µl		1.0	4.8
MON Monocito	1.72 10^3/µl	ALTO	0.2	1.5
NEU Neutrófilo	19.29 10^3/µl	ALTO	3.0	12.0
EOS Eosinófilo	0.06 10^3/µl		0.0	0.8
BAS Basófilo	0.03 10^3/µl		0.0	0.4
LIN% Linfocito (%)	9.8 %			
MON% Monocito (%)	7.3 %			
NEU% Neutrófilo (%)	82.5 %			
EOS% Eosinófilo (%)	0.2 %			
BAS% Basófilo (%)	0.1 %			
ERI Eritrocitos/Glóbulos rojos	8.09 10^6/µl		5.5	8.5

	RESULTADO	BAJO	NORMAL	ALTO
Hb Hemoglobina	18.4 g/dl	ALTO	12.0	18.0
Hto Hematocrito	51.54 %		37.0	55.0
VCM Volumen corpuscular medio	64 fl		60.0	77.0
HCM Hemoglobina corpuscular media	22.7 pg		19.5	24.5
CHCM Concentración de HCM	35.6 g/dl		31.0	39.0
RDWc Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación	19.3 %		14.0	20.0
RDWs Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar	39.1 fl			
PLT Plaquetas	414 10^3/µl		165.0	500.0
VPM Volumen plaquetario medio	9.5 fl		3.9	11.1
PCT Plaquetocrito	0.39 %			
PDWc Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación	37.2 %			
PDWs Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar	15.2 fl			

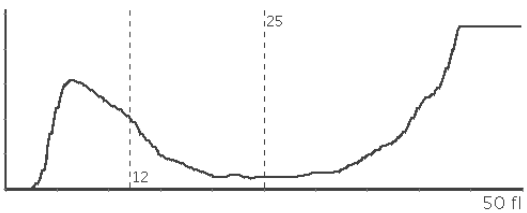
Histograma: LEU



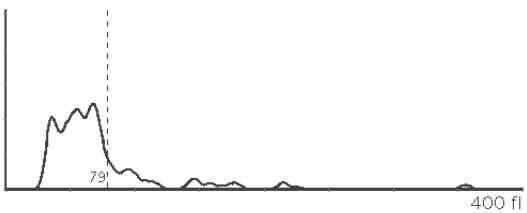
Histograma: ERI



Histograma: PLT



Histograma: EOS







Alcaldía de PEREIRA

CONCEPTO TÉCNICO

Versión: 1 Fecha de vigencia: 12/02/2024

INFORMACION DEL PREDIO	
Corregimiento:	SAMARIA 2
Vereda:	MZ 14 - CS 3
Nombre Finca:	
Ficha catastral:	
Coordenadas: N:	W:

INFORMACION DEL PROPIETARIO	
Nombres:	MIRYAN
Apellidos:	DURÁN
Cédula N°	60449035
Tel fijo:	Celular: 3202356499

Fecha visita: DD/MM/AAAA

Diario de Labores N°:

COMPONENTE: BIENESTAR ANMAL

ASUNTO: ATENCIÓN MÉDICA A FELINO LLAMADO. ODÍN

DESCRIPCION: ANTECEDENTES: LA PROPIETARIA DE ODÍN, MANIFIESTA QUE SU MASCOTA NO SE ALIMENTA DESDE HACE APROXIMADAMENTE 3 DÍAS. TAMBIÉN REPORTA QUE EL FELINO NO ES CAPAZ DE CAMINAR (TAMBALEA CUANDO SE APOYA EN SUS EXTREMIDADES).

OBSERVACIONES : FELINO INAPETENTE, NO REACCIONA A LOS ESTÍMULOS, PELAJE HISURTO, APARENTE PÉRDIDA DE PESO Y DIFICULTAD PARA APOYARSE Y DESPLAZARSE EN SUS 4 EXTREMIDADES.

CONCLUSIONES:

- FELINO INAPETENTE.
- FELINO CON DIFICULTAD PARA CAMINAR.
- PÉRDIDA DE PESO.

RECOMENDACIONES:

- REALIZAR TEST SIDA/LEUCEMIA.
- ESTABILIZAR AL PACIENTE.
- DETERMINAR PASO A SEGUIR.
- BRINDAR INFORMACIÓN A SU PROPIETARIA MIRYAN DURÁN → 3202356499

Nota. Este concepto se complementa con registro fotográfico

NOMBRE DEL TÉCNICO: FRANK ARBELÁEZ **FIRMA** _____

FICHA CLÍNICA

Impresa el *16/07/2024*

CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

Dirección: CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA Tel. (606) 320 03 03 EXT 6010
INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3
e-mail: clinicaveterinariapereira@uam.edu.co

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 31-ODIN
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 24/06/2024
Última Visita: 04/07/2024

Paciente: ODIN
Especie: FELINO
Raza: MESTIZO
Sexo: MACHO
Pelaje: NARANJA BLANCO
Microchip:
Fecha de Nac.: 25/06/2022
Fecha de Alta: 24/06/2024
Última Visita: 04/07/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 24/06/2024 01:13:12 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
PROPIETARIO: MIRIAN DURAN
C.C: 60449035 CUCUTA
CELULAR: 3202356499
CORREO: mirydur@gmail.com
DIRECCION: MZA 14 CASA 3 SAMARIA II

Paciente ingresa a consulta traído por la señora Miryam Duran identificada con C.C 60449035 de Cucuta - Norte de Santander, residente barrio Samaria II mz 14 cs 3 número de tel 3202356499 en calidad de tutor del paciente Odin. Propietaria manifiesta que el paciente lleva 3 días decaído, le duele el tren posterior y no está comiendo, fue atendido en Ukumari donde lo diagnosticaron con parálisis de miembros pélvicos.

Al examen clínico el paciente presenta globo vesical, hiperalgesia a la manipulación, mucosas pálidas, T° 36.3. Se ingresa al servicio de hospitalización para estabilizar y proceder con desobstrucción uretral. Se le practican pre quirúrgicos los cuales el hemograma arroja normalidad, pero el rotor cuidado preventivo BUN 180, CREATININA 17 y POTASIO 8.5.

PREMEDICACION: Xilasina 0.5 mg/kg
INDUCCION: Ketamina 2 mg/kg
PROCEDIMIENTO: Bajo sedación, se procede a realizar citocinesis para vaciado de vejiga, se puede observar presencia de orina con sangre abundante, se extraen 50 ml. Se continua con hidropropulsion a través de un catéter 22 ubicado en el pene y con NaCl se logra desobstruir uretra. Se procede a instaurar sonda gato y conectar a sistema de colecta de orina. Se coloca collar isabelino.

****** Exámen Físico Fecha: 24/06/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: --- °C -- Peso: 4.8 Kg. -- F.C.: 140 /minuto -- Pulso: f/c /minuto -- F.R.: 36 /minutoGeneral: ALERTA ACTIVO ANCIOSO
Ojos - Orejas - Nariz - Garganta: SLA
Piel tegumento: PLIEGUE CUTANEO 2 SEGUNDOS
Músculo esquelético: SLA
Cardiovascular: SLA
Respiratorio: SAL
Gastrointestinal: HIPERALGECIA A LA MANIPULACION ABDOMINAL
Genital - Reproductor: GLOBO VESICAL
Neurológico: SLA
Linfático: SLA

*** Fecha: 24/06/2024 02:05:01 PM HEMOGRAMA
*** Fecha: 24/06/2024 02:05:17 PM PREVENTIUVE CARE PROFILE PLUS

****** Fecha: 24/06/2024 08:19:54 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO DIA: Paciente ingresa por convenio para manejo intrahospitalario por presentar globo vesical, desde hace 2 días reporta propietaria que no lo ve caminar y con dolor en columna, en Ukumari fue diagnosticado con problemas neurológicos asociados a parálisis. Se instaura sonda urinaria bajo sedación y se programa terapéutica a base de AMPICILIA+SULBACTAM, COLIVET, BUTORMIN, MEZCLA HOMEOPATICA. Se toma muestra de orina para parcial de orina y se deja en nevera. Se recomienda 3-5 días con sonda o por lo menos hasta que pare el sangrado.

*** Fecha: 24/06/2024 08:50:09 PM PARCIAL DE ORINA
*** Fecha: 24/06/2024 11:11:13 PM TEST SIDA Y LEUCEMIA

****** Fecha: 25/06/2024 06:27:19 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
Paciente estable, no presenta vómitos ni diarrea, no defeca, se recolecta 500 ml de orina, al principio muy sanguinolentas y luego con leves trazas de sangre. Se realiza parcial de orina (DU 1014, abundantes eritrocitos), se mantiene todo el turno durmiendo (Paciente es muy nervioso). Se toman constantes FC 160 FR 36 T 38.0, PAM 87 mmhg, Mucosas rosadas, TLLC 2 segundos, Escala Glasgow 4/20. Se oferta alimento y agua, pero no ingiere. Se recomienda solicitar alimento y Dipirona.

*** Fecha: 25/06/2024 10:08:04 AM FORMULA MEDICA

****** Fecha: 25/06/2024 07:19:30 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO DIA: Paciente ha estado hipo dinámico, recibe un poco de comida por parte de la propietaria, la orina ha empezado a tomar a color amarillo, pero aun este ámbar sin sangre. Se toman muestras de sangre y estos arrojan Creatinina 2.2, BUN 37, ALT 90 y ALP 32.7. Aparte se le practico ecografía y solo se evidencia algo de sedimento en vejiga. En horas de la tarde se toma presión sanguínea la cual está en rango SIS 126, DIA 94, pero la temperatura marco 40°C, se adiciona Meloxicam 0.5%. Se continua con la terapéutica, propietaria trae dos ampollas de Dipirona.

****** Fecha: 27/06/2024 07:05:48 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente clínicamente estable, retraído no se mueve del mismo lugar hasta la tarde, se continúa con la medicaciones establecida, se observa orina de buena apariencia sin presencia de sangre, se retira sonda urinaria en horas de la tarde, se realizan 3 lavados antes de retirar, no se observa sedimento urinario, al retirarla y quitar el collar isabelino, el paciente cambia su semblante, es muy dócil y mimado, luego de retirarla se deja con fluido terapia 20ml/h, para aumentar producción de orina y evaluar si realiza micción en la noche, en ese caso se recomienda alta médica el día de mañana. Constantes en la tarde FC 160 FR 28 TEM 38.1, mucosas rosas pálidas, tllc 2seg.

****** Fecha: 26/06/2024 06:22:56 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente estable, no presenta vómitos ni diarrea, se nota más activo en comparación con el día de ayer además está más receptivo a las caricias. Sonda permeable se recolecta 150 ml de orina (Leve trazas de sangre). Se cambia butormin a cada 8 horas y Colivet cada 12 horas. se toman constantes FC 168 FR 28 T 37.0, Mucosas rosadas, TLLC 2 segundos. Se oferta agua y alimento, pero solo come (Concentrado y húmedo).

****** Fecha: 27/06/2024 06:09:10 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
Paciente clínicamente estable, retraído no se mueve del mismo lugar, se continua con la medicación establecida. En horas de la madrugada se palpa vejiga (aumentada de tamaño) se realiza presión manual (Presenta micción, pero se torna agresivo por lo que no se puede vaciar por completo), se cambia de jaula a un lugar más amplio y sin presencia de caninos para ver si micciona pero hasta los momentos se queda en una sola posición (Paciente estresado), se toman constantes FC 188 FR 32 T 38.9, Mucosas rosadas TLLC 2 segundos. Se oferta agua y alimento, pero no ingiere. Se recomienda alta médica para saber si orina en casa (Debido a estrés de paciente es poco probable que orine en hospital).

*** Fecha: 27/06/2024 09:01:15 AM FORMULA MEDICA

****** Fecha: 27/06/2024 02:19:43 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491

Paciente estable, nervioso a la manipulación y muy reactivos a los sonidos, orina poca cantidad en a mañana en el arenero, por su estado de estrés y al ver que orino se recomienda manejo en casa, se da la indicación de llevarlo el día de hoy y evaluar si orina y esta tranquilo en casa, en caso de que no se informa que lo debe de informa primero por wapp para determinarle si lo debe de traer o no.

Se entrega formula medica con MELOXICAM 0.05mg/kg por 3 días y AMITRIPTILINA por 8 días, en caso de persistir con el problema se podría dar unos 10 días más.

Se explica que la existe la probabilidad que se obstruya nuevamente y en ese caso si debería de traerlo de inmediato para nuevamente realizar sondaje urinario.

*** Fecha: 28/06/2024 10:34:11 AM ECOGRAFIA ABDOMINAL
*** Fecha: 28/06/2024 10:35:18 AM QUIMICAS X 4

****** Fecha: 28/06/2024 10:35:48 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente ingresa a control, propietaria reporta que: El ha estado muy activo, el no durmió porque ha estado muy alerta, pero

anoche s ele dio el medicamento, orinó como a las 1am y después de eso no ha vuelto hacer. Hoy en la mañana entró, el movió la arena y no hizo nada

Desde que llegó ayer el por donde pasa dejar su gota como de agua sangre y ya hoy también, pero es menos, menos cantidad.

El sigue de buen ánimo, come bien.

Al examen físico paciente atento al medio, buen ánimo. Se realiza palpación abdominal no hay dolor, vejiga con contenido, pero no está pletórica, al presionar el paciente orina.

Se explica a propietaria que el paciente puede estar presentando cistitis y es muy posible que esté orinando en lugares diferentes a la caja de arena. Se recomienda esperar evolución durante el día de hoy y mañana pues no hay obstrucción y se comenta que según evolución puede requerir que se instaure de nuevo sonda urinaria

*** Fecha: 04/07/2024 09:04:46 AM FORMULA MEDICA

****** Fecha: 04/07/2024 11:21:04 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
Paciente ingresa para control, comenta que ha estado bien, no presenta vómitos ni diarrea, come normal. orina y defeca normal. continua con la medicación. se realiza inspección física (Sin alteración) se adiciona formula con feliway y neurexan para control de estrés. se recomienda terminar la medicación.

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 04/07/2024 TITULO: FORMULA MEDICA
1.-NEUREXAN TABLETAS USO VETERINARIO O USO HUMANO #
INDICACIONES: Administrar via oral 1 tableta cada 24 horas durante 1 mes. (Se puede mezclar con el alimento o el agua)

2.-FELLIWEY SPRAY USO VETERINARIO #1
INDICACIONES: Aplicar en el ambiente 1 vez al dia durante los episodios de estres.

M.V. Ma. Daniela Labarca
TP RPP 99

FECHA: 28/06/2024 TITULO: ECOGRAFIA ABDOMINAL
ver archivos adjuntos

FECHA: 28/06/2024 TITULO: QUIMICAS X 4
ver archivos adjuntos

FECHA: 27/06/2024 TITULO: FORMULA MEDICA

I) MELOXIPET 0.15% SUSP ORAL .....#1
Suministrar via oral 0.16 ml cada 24 horas durante 3 dias consecutivos.

II) AMITRIPTILINA TAB 25mg (USO HUMANO) .....#2
Suministrar via oral 1/4 de tableta cada 24 horas durante 8 dias consecutivos. Dar en las noches.

NOTA
* Control en 8 dias. Solicitar cita previa
* Se recomienda mantener en un ambiente tranquilo.

MVZ SANTIAGO PULGARIN J
MP: 47491

FECHA: 25/06/2024 TITULO: FORMULA MEDICA
I) DIPIRONA AMPOLLA 1gm/2ml ---------- # 2
Para administracion intrahospitalaria.

_____
CARLOS OSPINA - MP 31610

FECHA: 24/06/2024 TITULO: HEMOGRAMA
ver archivos adjuntos

FECHA: 24/06/2024 TITULO: PREVENTIUVE CARE PROFILE PLUS
ver archivos adjuntos

FECHA: 24/06/2024 TITULO: PARCIAL DE ORINA
Ver archivo adjunto

FECHA: 24/06/2024 TITULO: TEST SIDA Y LEUCEMIA
VER ARCHIVO ADJUNTO

CTA. CTE.

16/07/2024

CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 31-ODIN

Domiciliado en la calle: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA

Localidad: RISARALDA

Fecha	Descripción	Cantidad	Ventas	Pagos	Saldo
24/06/2024	*COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - MARIA DANIELA	1.00	5000	0	5000
24/06/2024	*BUTORMIN INY X ML - Unit. $55000 - MARIA DANIELA	0.50	27500	0	32500
24/06/2024	*HEEL TRAUMEL AD US VET AMPLL X 5 ML - Unit. $23200 - MARIA DANIELA	1.00	23200	0	55700
24/06/2024	*HEEL FLAMOSIN AD US VET AMPLL X 5 ML - Unit. $30400 - MARIA DANIELA	1.00	30400	0	86100
24/06/2024	*AMPICILINA + SULBACTAM VIAL 1,5 G - Unit. $7500 - MARIA DANIELA	1.00	7500	0	93600
24/06/2024	*BURETA 150 ML X UND - Unit. $4200 - MARIA DANIELA	1.00	4200	0	97800
24/06/2024	*CATETER INTRAVENOSO 24 AMARILLO - Unit. $3200 - MARIA DANIELA	1.00	3200	0	101000
24/06/2024	*EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD - Unit. $1100 - MARIA DANIELA	1.00	1100	0	102100
24/06/2024	*FORMULA DE CONTROL ESPECIAL - Unit. $15000 - MARIA DANIELA	1.00	15000	0	117100
24/06/2024	*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - MARIA DANIELA	3.00	1500	0	118600
24/06/2024	*19 JERINGA 10 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $450 - MARIA DANIELA	1.00	450	0	119050
24/06/2024	*19 JERINGA 20 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $700 - MARIA DANIELA	1.00	700	0	119750
24/06/2024	*19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $350 - MARIA DANIELA	2.00	700	0	120450
24/06/2024	*19 SONDA URINARIA FELINO X UND - Unit. $23000 - MARIA DANIELA	1.00	23000	0	143450
24/06/2024	*TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $500 - MARIA DANIELA	1.00	500	0	143950
24/06/2024	*TEST LEUCEMIA FELV-FIV UND - Unit. $49500 - MARIA DANIELA	1.00	49500	0	193450
24/06/2024	*VENOCLISIS MICROGOTEO - Unit. $3000 - MARIA DANIELA	1.00	3000	0	196450
24/06/2024	UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - MARIA DANIELA	1.00	24300	0	220750
24/06/2024	HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - MARIA DANIELA	1.00	23400	0	244150
24/06/2024	HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - MARIA DANIELA	1.00	35000	0	279150
24/06/2024	*ROTOR CUIDADO PRENTIVO ALB,ALP,ALT,AST,BUN,CA,CL-,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+, TBIL,TC - Unit. $95000 - MARIA DANIELA	1.00	95000	0	374150
24/06/2024	UAM LAB PARCIAL DE ORINA (SEDIMENTO+UA14) - Unit. $19000 - MARIA DANIELA	1.00	19000	0	393150
24/06/2024	*CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $16000 - MARIA DANIELA	1.00	16000	0	409150
25/06/2024	*MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - MARIA DANIELA	1.00	5300	0	414450
25/06/2024	*BUTORMIN INY X ML - Unit. $55000 - MARIA DANIELA	0.50	27500	0	441950
25/06/2024	*19 JERINGA 20 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $700 -	1.00	700	0	442650

Fecha	Descripción	Cantidad	Ventas	Pagos	Saldo
	MARIA DANIELA				
25/06/2024	*19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $350 - MARIA DANIELA	1.00	350	0	443000
25/06/2024	*19 ECOGRAFIA ABDOMINAL - Unit. $110000 - MARIA DANIELA	1.00	110000	0	553000
25/06/2024	AS QUIMICAS X 4 - Unit. $68000 - MARIA DANIELA	1.00	68000	0	621000
25/06/2024	HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - MARIA DANIELA	1.00	23400	0	644400
25/06/2024	HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - MARIA DANIELA	1.00	35000	0	679400
25/06/2024	*CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $16000 - MARIA DANIELA	1.00	16000	0	695400
26/06/2024	*SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - MARIA DANIELA	1.00	4900	0	700300
26/06/2024	*MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - MARIA DANIELA	1.00	5300	0	705600
26/06/2024	*19 CUCHILLA BISTURI #15 UNIDAD - Unit. $450 - MARIA DANIELA	1.00	450	0	706050
26/06/2024	*19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - MARIA DANIELA	2.00	1000	0	707050
26/06/2024	*19 JERINGA 20 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $700 - MARIA DANIELA	1.00	700	0	707750
26/06/2024	*19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $350 - MARIA DANIELA	1.00	350	0	708100
26/06/2024	HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - MARIA DANIELA	1.00	23400	0	731500
26/06/2024	HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - MARIA DANIELA	1.00	35000	0	766500
26/06/2024	*CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $16000 - MARIA DANIELA	1.00	16000	0	782500

Moneda: $

SALDO: 782500

Alcaldía de **PEREIRA**

CONCEPTO TÉCNICO

Versión: 1

Fecha de vigencia: 12/02/2024

INFORMACION DEL PREDIO	
Corregimiento:	SAMARIA 2
Vereda:	MZ 14 - CS 3
Nombre Finca:	
Ficha catastral:	
Coordenadas: N:	W:

INFORMACION DEL PROPIETARIO	
Nombres:	MIRYAN
Apellidos:	DURÁN
Cédula N°	60449035
Tel fijo:	Celular: 3202356499

Fecha visita: DD/MM/AAAA

Diario de Labores N°:

COMPONENTE: BIENESTAR ANMAL

ASUNTO: ATENCIÓN MÉDICA A FELINO LLAMADO ODÍN

DESCRIPCION: ANTECEDENTES: LA PROPIETARIA DE ODÍN, MANIFIESTA QUE SU MASCOTA NO SE ALIMENTA DESDE HACE APROXIMADAMENTE 3 DÍAS. TAMBIÉN REPORTA QUE EL FELINO NO ES CAPAZ DE CAMINAR (TAMBALEA CUANDO SE APOYA EN SUS EXTREMIDADES).

OBSERVACIONES : FELINO INAPETENTE, NO REACCIONA A LOS ESTÍMULOS, PELAJE HISURTO, APARENTE PÉRDIDA DE PESO Y DIFICULTAD PARA APOYARSE Y DESPLAZARSE EN SUS 4 EXTREMIDADES.

CONCLUSIONES:

- FELINO INAPETENTE.
- FELINO CON DIFICULTAD PARA CAMINAR.
- PÉRDIDA DE PESO.

RECOMENDACIONES:

- REALIZAR TEST SIDA/LEUCEMIA.
- ESTABILIZAR AL PACIENTE.
- DETERMINAR PASO A SEGUIR.
- BRINDAR INFORMACIÓN A SU PROPIETARIA MIRYAN DURÁN → 3202356499

Nota. Este concepto se complementa con registro fotográfico

NOMBRE DEL TÉCNICO: FRANK ARBELÁEZ **FIRMA** _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES DE LA RED PÚBLICA VETERINARIA

Yo Miryam Durán. identificado con cédula de ciudadanía número 60449035 de Cucuta. en calidad de tutor de Odin, especie Felino, raza mx, sexo M x H ___, de 2 años, con 4.8 Kg de peso e historia clínica número 2574. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud de mi mascota por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar la salud del paciente.

Comprendo que los gastos derivados de la presente atención serán asumidos de manera parcial por la secretaria de desarrollo rural del municipio de Pereira a través de un convenio de cooperación suscrito con la clínica Visión de las Américas, por lo que dicha secretaria podrá solicitar información sobre los avances del tratamiento, historia clínica e imágenes del paciente y definirá el monto máximo por el cual se prestará el servicio. En caso que los costos excedan el tope por ellos establecidos, yo como tutor deberé asumir los costos adicionales del tratamiento del paciente en este u otro centro veterinario de mi elección.

he recibido y entendido la información sobre las posibles necesidades de atención de mi paciente que incluyen hospitalización, diagnóstico por imágenes, diagnósticos de laboratorio, cirugía, consulta especializada, suministro de medicamentos-quimioterapéuticos-transfusiones y en el peor de los casos eutanasia, y de necesitar ser anestesiado o tranquilizado comprendo que la **CLASIFICACIÓN DE RIESGO ANESTÉSICO ASA** de mi mascota es II entiendo que, dentro de los riesgos posibles y efectos colaterales del procedimiento a realizarse se encuentran: Paro cardio respiratorio

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a

medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente 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.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados conforme a los protocolos médicos, quirúrgicos y de bienestar animal. En caso de agravamiento de la enfermedad o perdida de la calidad de vida, autorizo a los profesionales de la **Institución Universitaria Visión de las Américas** para aplicar la eutanasia en caso de yo no estar presente, siempre y cuando se me solicite autorización previa y pueda hacerlo por mensaje de texto o e-mail.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste, tampoco se hace responsable de los daños a terceros. Así mismo, autorizo a la **Institución Universitaria Visión de las Américas** de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellos que por negligencia de su propietario permanezcan sin autorización de tratamiento dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico y requerimientos o 2 días después de notificada la salida del paciente sin que nadie se presente a recogerlo, evento en el cual la **Institución Universitaria Visión de las Américas** podrá libremente disponer del paciente y el Tutor o responsable no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra la clínica o el médico veterinario.

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución.

He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

Autorizo la obtención, divulgación y publicación de imágenes y datos de la historia clínica del paciente por parte de la Institución Universitaria Visión de las Américas con fines académicos y/o para difusión en redes sociales.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de la **Institución Universitaria Visión de las Américas**.

En contraparte yo angelica Velez Holguin con tarjeta profesional número 13316 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el paciente.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de JUNIO del 20 24.

Miryam Durán.
Propietario/acudiente:
CC: 60449035
Tel: 3207356499

Angélica Vélez H.
Médico Veterinario:
MP: 13316

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION

Yo Miryam Duran. identificado con cédula de ciudadanía número 60449035 de Cucuta en calidad de tutor de Odin, paciente Felino, raza mx e historia clínica número 2574, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud de mi mascota por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios.

Como propietario asumiré todos los gastos y costos relacionados con el tratamiento del paciente, y en caso tal, que la obligación económica no sea asumida los procedimientos diagnósticos serán suspendidos amparados en el artículo 25 de la ley 576 de 2000).

Entiendo que el/la paciente, será atendid@ siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente 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.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados conforme a los protocolos médicos, quirúrgicos y de bienestar animal. En caso de agravamiento de la enfermedad o perdida de la calidad de vida, autorizo a los profesionales de la **Institución Universitaria Visión de las Américas** para aplicar la eutanasia en caso de yo no estar presente, siempre y cuando se me solicite autorización previa y pueda hacerlo por mensaje de texto o e-mail.

La Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste tampoco se hace responsable de los daños a terceros. Así mismo, autorizo a la **Institución Universitaria Visión de las Américas** de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

Institución Universitaria Visión de las Américas no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellos que por negligencia de su propietario permanezcan sin autorización de tratamiento dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico y requerimientos o 2 días después de notificada la salida del paciente sin que nadie se presente a recogerlo, evento en el cual la **Institución Universitaria Visión de las Américas** podrá libremente disponer del paciente y el Tutor o responsable no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra la clínica o el médico veterinario.

Institución Universitaria Visión de las Américas no responde por el valor de los animales que a consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, que me comprometo a cumplir las recomendaciones para el suministro de tratamientos, exámenes médicos y/o asistencia a controles; He leído y entendido el instructivo de hospitalización y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.** Además, autorizo la obtención, divulgación y publicación de imágenes y datos de la historia clínica del paciente por parte de la Institución Universitaria Visión de las Américas con fines académicos y/o para difusión en redes sociales.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de la **Institución Universitaria Visión de las Américas**.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de 06 del 20 24.

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

Miryam Durán

Propietario/acudiente:
CC: 60 449 035.

Médico Veterinario:
MP:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES, CIRUGÍA Y ANESTESIA

Yo Miryam Durán. identificado(a) con cédula de ciudadanía número. 60449035 de Cúcuta y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo a la **Institución Universitaria Visión de las Américas** y a su equipo de trabajo, para realizar el procedimiento anestésico/quirúrgico a Odin, paciente Felino, de raza mx, sexo MX H___ de 2 años, con 4.8 Kg de peso y número de historia clínica 2574.

Manifiesto que he **recibido y entendido** la información sobre el procedimiento a realizarse denominado Anestesia, en el cual la **CLASIFICACIÓN DE RIESGO ANESTÉSICO ASA** es II y entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **Shock anafiláctico, Muerte súbita, Paro cardiorrespiratorio, dehiscencia de puntos en la herida** (En caso de haber sido sometido a un procedimiento que así los requiera) entre otros que me han sido explicados.

En constancia que el paciente ha sido valorad@, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el 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, procedo a autorizar al médico veterinario designado por la **Institución Universitaria Visión de las Américas** para la realización del procedimiento y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación.

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 las cuales, he comprendido y aceptado.

Además, autorizo la obtención, divulgación y publicación de imágenes y datos de la historia clínica del paciente por parte de la Institución Universitaria Visión de las Américas con fines académicos y/o para difusión en redes sociales.

En contraparte yo Angelica Velez. con tarjeta profesional número 13316 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

Para constancia se firma el 21 de 06 del 20 24

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el paciente.

Miryam Durán.
Tutor/acudiente:
CC: 60449035

Angelica Velez
Médico Veterinario:
MP: 13316

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA



NUMERO **60.449.035**

DURAN
APELLIDOS

MIRYAM
NOMBRES

Miryam Durán.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-FEB-1985**
SAN ALBERTO
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-NOV-2003 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-2400100-00954584-F-0060449035-20171115 · 0058492910A 2 4534695754

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

Precio #3

CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Ingresa: 24/06/24
Paciente: Odin # HC: 2574
Diagnostico presuntivo: Obstrucción uretral / vesical

Sexo: M X H
Especie: felino
Edad: 2 años

Peso: 4,8 Kg Cta $ 3
Médico: CAOS
Obs.

FECHA	MEDICAMENTO	FRE	VIA	MG/KG	DOSIS ML	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
24/06	COLIVET	TID	IV	15	0,15														⊗								⊗		
	BUTORMINT	Q1D	IV	0,2	0.1														⊗						⊗				
	mezcla homeopatica	C/12			1 ml															⊗									
	AMP + SULBA	TID	IV	20	0,3																				⊗				
25/06																													
	Colivet	TID	IV	15mg	0.15ml						⊗								⊗								⊗		
	Butormint	QID	IV/SC	0.2mg	0.1ml		⊗						⊗						⊗						⊗				
	Homeopatica	BID	IV	—	1ml			⊗												⊗									
	Ampi+sulb	TID	IV	20mg	0.3ml				⊗								⊗								⊗				
	Meloxc 0.5%	24h	IV	0.2mg	0.2ml																		⊗						
26/06																													
	Colivet(2.5g/5ml)	c/12h	IV	15mg	0.15ml										⊗												⊗		
	Butormint	c/8h	IV/SC	0.2mg	0.1ml				⊗								⊗								⊗				
	homeopatico	c/8h	IV	—	1ml			⊗								⊗								⊗					
	Ampi+sulb	c/8h	IV	20mg	0.3ml				⊗								⊗								⊗				
	Meloxic 0.5%	c/24h	SC	0.05mg	0.05ml																		⊗						
27/06																													
	Colivet(2.5g/5ml)	c/12	IV	15mg	0.15ml										⊗												⊗		
	Ampi+Sulb	c/8h	IV	20mg	0.3ml				⊗								⊗								⊗				
	Meloxic 0.5%	c/24h	SC	0.05mg	0.05ml																		⊗						
	Butormin	c/8h	IV/SC	0.2mg	0.1ml				⊗								⊗								⊗				

Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:

Programado 0
Aplicado X

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

Exámen físico diario paciente hospitalizado

Paciente: Odin Numero de HC: 2574 Peso de ingreso: 4.8Kg

Ingresa: 24/06/2024 Obs: Convenia Alcaldia

FECHA	25/06	25/06	26/06	26/06	27/06										
HORA	4:00	6:00	4:30	5:00	4:00										
PARAMETRO	AM	PM	AM	PM	AM										
T°	38.0	40.2°	38.0	38.1	38.9°										
FC	160	160.	168	160	180										
FR	36	30	28	28.	32										
PULSO	F	FC	F	F	F										
MUCOSAS	RP	RF	RP	RP	RP										
TLLC	26	211	25	2"	26										
COME	No	Poco	Si	Si	No										
BEBE	No	No	No	No	No										
VOMITO	No	No	No	No	No										
HECES	No	No	No	No	No										
MICCION	Sonda	Sonda	Sonda	Sonda	No										
PESO	—		—	—	—										
PRESION ARTERIAL MEDIA	85 mmHg		—	—	—										
% DESHIDRATACION	5%		—	—	No										
FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex	Ringer	Ringer	Ringer	Ringer	Ringer										
Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm	192ml		144ml		130ml										
Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am	4/20		2/20		—										
SCORE GLASGOW *dolor					—										
SCORE GLASGOW *neuro															
REALIZADO POR *iniciales	NDLB	LyN.	NDLB	LyN	NDLB										
PENDIENTES	S: 114 d: 77	Sis: 99 Dyf: 54 PM 68.													
OBSERVACIONES															

NTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZ D

PACIENTE: Odin	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
ARTICULO	24/06	25/06	26/06	
ARENA PARA GATOS X LB				
ACIFLUX TAB 500 MG				
BATA BLANCA DESECHA.				
BURETA 150 ML X UND	1			
CANULA NASAL DE OXIGENO				
CATETER IV 18				
CATETER IV 20 ROSADO				
CATETER IV 22 AZUL				
CATETER IV 24 AMARILLO	1			
COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND				
CONSUMIBLES HOSPITAL				
COPITO MADERA ESTERIL				
CUCHILLA BISTURI # 15			1	
CUCHILLA BISTURI #				
ENTEREX POLVO X 8 GR				
EQUIPO PERICRANEAL 21G	1			
EXTENCION PARA ANESTAESIA				
FCO GOTERO X ____ ML				
FCO RECOLECTOR COPRO.				
FCO RECOLECTOR ORINA				
FORMULA DE CONTROL ESPE.	1			
GUANTES QX ESTERIL 7,5				
GUANTES QX ESTERIL 6,5				
JERINGA PUNTA CATE.				
JERINGA 1 ML	2+1		2	
JERINGA 10 ML	1			
JERINGA 20 ML	1	1	1	
JERINGA 2-3 ML	1+1	1	1	
JERINGA 5 ML				
JERINGA 50 ML				
KIT MICRONEBULIZACION				
LATA C/N 156 G				

# HC 2574	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
ARTICULO	24/06	25/06	26/06	
LATA CANINE I/D 13 OZ				
LATA E/N CANINO 377 G				
LATA FELINO I/D 5.5 OZ				
LATA HA CANINE X 377 GR				
LLAVE DE TRES VIAS				
MILPRO ADULTO 16MG/40MG				
MILPRO CACHORRO TAB				
OXIGENO MEDICINAL (PARED)				
OXIGENOTERAPIA CONCENTRA.				
SET DE TRANSFUSION SANGRE				
SOL. DEXTROSA 5% 500 ML				
SOLUCION CLORURO X 100ML				
SOLUCION CLORURO X 500ML				
SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML		1		
SONDA FOLEY 2 VIAS #				
SONDA LEVIN NASOGA. #				
SONDA NELATHON #				
SONDA NELATHON #				
SONDA URINARIA FELINO	1			
SUPRASOB A COMPRESA				
SUT. AC POLIGLICOLICO #				
SUT. POLIDIOXANONA #				
SUT. POLIGALACTINA #				
SUTURA N/A #				
TAPON HEPARINIZADO	1			
TEST DE FLUORESCEINA				
TEST DE LEUCEMIA	1			
TEST DE MOQUILLO				
TEST DE PARVOVIRUS				
TEST DE SCHIMER TIRILLA				
TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt				
TIRA PARA CETONA EN SANGRE				

	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
ARTICULO	24/06	25/06	26/06	
TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI				
TUBO ENDOTRAQUEAL #				
TUBO ENDOTRAQUEAL #				
VENDA COBAN PET-FLEX				
VENDA TELA O GASA 4X5 UND				
VENOCLISIS MACROGOTEO				
VENOCLISIS MICROGOTEO	1			
VLIWASORB APOSITO				
VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA)				
CITOLOGIA				
ECOGRAFIA ABDOMINAL		1		
ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE				
HEMOGRAMA UAM	1			
HIDRATACION	1	1	1	
HISTOPATOLOGIA				
HOSPITALIZACION	1	1	1	
NEBULIZACION				
REPORTE RADIOGRAFICO				
SERVICIOS Y OTROS				
Rotor pneumatico	1			
Plenos/N	1			
Trauma				
parcial de orina	1			
Quimicos X 4 AZAT		1		

CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

PACIENTE:	FECHA	FECHA		FECHA	# HC	FECHA		FECHA	FECHA			FECHA	FECHA	FECHA
ARTICULO					ARTICULO					ARTICULO				
ARENA PARA GATOS X LB					LATA CANINE I/D 13 OZ					TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI				
ACIFLUX TAB 500 MG					LATA E/N CANINO 377 G					TUBO ENDOTRAQUEAL #				
BATA BLANCA DESECHA.					LATA FELINO I/D 5.5 OZ					TUBO ENDOTRAQUEAL #				
BURETA 150 ML X UND					LATA HA CANINE X 377 GR					VENDA COBAN PET-FLEX				
CANULA NASAL DE OXIGENO					LLAVE DE TRES VIAS					VENDA TELA O GASA 4X5 UND				
CATETER IV 18					MILPRO ADULTO 16MG/40MG					VENOCLISIS MACROGOTEO				
CATETER IV 20 ROSADO					MILPRO CACHORRO TAB					VENOCLISIS MICROGOTEO				
CATETER IV 22 AZUL					OXIGENO MEDICINAL (PARED)					VLIWASORB APOSITO				
CATETER IV 24 AMARILLO					OXIGENOTERAPIA CONCENTRA.					VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA)				
COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND					SET DE TRANSFUSION SANGRE					**CITOLOGIA**				
CONSUMIBLES HOSPITAL					SOL. DEXTROSA 5% 500 ML					**ECOGRAFIA ABDOMINAL**				
COPITO MADERA ESTERIL					SOLUCION CLORURO X 100ML					**ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE**				
CUCHILLA BISTURI #					SOLUCION CLORURO X 500ML					**HEMOGRAMA UAM**				
CUCHILLA BISTURI #					SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML					**HIDRATACION**				
ENTEREX POLVO X 8 GR					SONDA FOLEY 2 VIAS #					**HISTOPATOLOGIA**				
EQUIPO PERICRANEAL 21G					SONDA LEVIN NASOGA. #					**HOSPITALIZACION**				
EXTENCION PARA ANESTAESIA					SONDA NELATHON #					**NEBULIZACION**				
FCO GOTERO X ____ ML					SONDA NELATHON #					**REPORTE RADIOGRAFICO**				
FCO RECOLECTOR COPRO.					SONDA URINARIA FELINO					**SERVICIOS Y OTROS**				
FCO RECOLECTOR ORINA					SUPRASOB A COMPRESA									
FORMULA DE CONTROL ESPE.					SUT. AC POLIGLICOLICO #									
GUANTES QX ESTERIL 7,5					SUT. POLIDIOXANONA #									
GUANTES QX ESTERIL 6,5					SUT. POLIGALACTINA #									
JERINGA PUNTA CATE.					SUTURA N/A #									
JERINGA 1 ML					TAPON HEPARINIZADO									
JERINGA 10 ML					TEST DE FLUORESCEINA									
JERINGA 20 ML					TEST DE LEUCEMIA									
JERINGA 2-3 ML					TEST DE MOQUILLO									
JERINGA 5 ML					TEST DE PARVOVIRUS									
JERINGA 50 ML					TEST DE SCHIMER TIRILLA									
KIT MICRONEBULIZACION					TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt									
LATA C/N 156 G					TIRA PARA CETONA EN SANGRE									

Institución Universitaria Visión de las Américas
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia
Clínica Veterinaria

REGISTRO DE ENTREGA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS DE LA RED PUBLICA VETERINARIA

Yo, Miryam Durán, identificado con cedula de ciudadanía número 60449035 de cucuta entiendo que ODIN identificada con historia clínica número 2574, ha terminado su proceso de hospitalización y tiene alta médica, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa.

Además, a partir de este momento me hago responsable económicamente de ODIN tanto en su manutención como de sus gastos médicos que pueden incluir radiografías, ecografías, exámenes de sangre y/o procedimientos adicionales a los que ya se le han practicado.

Certifico que el/la paciente recibió la atención primaria que requería, fue sometida a procedimientos quirúrgicos y servicios hospitalarios por valor de $ 782.500, y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de estos servicios.

Comprendo que en caso de no seguir el plan de terapéutico instaurado y las recomendaciones pos quirúrgicas dadas por los médicos puede haber complicaciones tales como:
volverse a obstruir, Disuria, Incontinencia urinaria.

Soy consciente de estos riesgos, he comprendido la información suministrada por ende me comprometo a seguir al pie de la letra las recomendaciones recibidas y la recuperación del/la paciente está ahora bajo mi propia responsabilidad y en constancia de ello firmo libre y voluntariamente.

Yo, Santiago Pulgarín en calidad de médico veterinario certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas y riesgos a los que el paciente puede estar expuesto al dar alta médica, he contestado todas las preguntas y considero que el tutor comprende todo lo explicado.

Miryam Durán
Propietario/acudiente:
CC: 60449035

Médico Veterinario: Santiago P
M.P: 47491

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 27 de Junio de 2024

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable del/la paciente.

Institución Universitaria Visión de las Américas
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia
Clínica Veterinaria

REGISTRO DE ATENCION PARA PACIENTES DE LA RED PUBLICA VETERINARIA

Yo, Miryam Durán. , identificado con cedula de ciudadanía número 60449035 de Cucuta. certifico que Odin identificado/a con historia clínica número 2574, he recibido atención médica por parte de la clínica veterinaria visión de la Américas, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa.

Certifico que el/la paciente recibió durante su atención los siguientes servicios y productos:
Hospitalizacio - Medicacion hospitalaria - Sondaje urinario analisis de sangre.

y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de estos servicios.

Comprendo que en caso de no seguir el plan de terapéutico instaurado y las recomendaciones dadas por los médicos puede haber complicaciones y soy consciente de esto.

He comprendido la información suministrada por ende me comprometo a seguir al pie de la letra las recomendaciones recibidas y la recuperación del/la paciente, esta ahora bajo mi propia responsabilidad. En constancia de ello firmo libre y voluntariamente.

Miryam Durán.
Propietario/acudiente:
CC:60449035

Angelica Vélez H.
Médico Veterinario:
M.P:13516

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 27 de 06 de 24

Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable del/la paciente.

Clinica Veterinaria UAM
Avenida Circunvalar #9-67.
Pereira, Risaralda - Colombia
320303-ext 6024

zoetis

Odin Duran ID del paciente: 2574

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 25/06/2022
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: Mestizo
Doctor: Desconocido/a

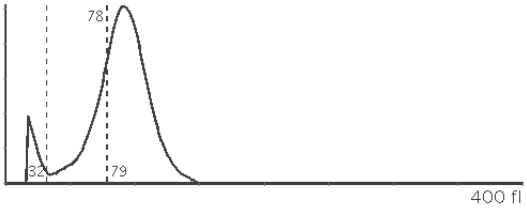
Hematología

Fecha: 24/06/2024 01:36 PM N° de serie del analizador: 360017749

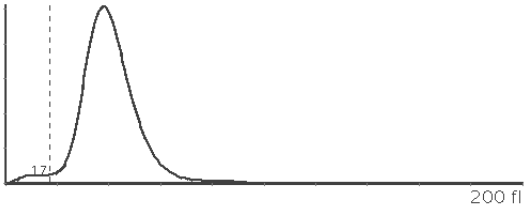
	RESULTADO	BAJO	NORMAL	ALTO
LEU Leucocitos/Glóbulos blancos	19.16 10^3/µl		3.5 – 20.7	
LIN Linfocito	4.17 10^3/µl		0.83 – 9.1	
MON Monocito	0.64 10^3/µl		0.09 – 1.21	
NEU Neutrófilo	14.33 10^3/µl		1.63 – 13.37	ALTO
EOS Eosinófilo	0.02 10^3/µl	BAJO	0.02 – 0.49	
BAS Basófilo	0.00 10^3/µl		0.0 – 0.2	
LIN% Linfocito (%)	21.8 %			
MON% Monocito (%)	3.3 %			
NEU% Neutrófilo (%)	74.8 %			
EOS% Eosinófilo (%)	0.1 %			
BAS% Basófilo (%)	0.0 %			
ERI Eritrocitos/Glóbulos rojos	9.22 10^6/µl		7.7 – 12.8	

	RESULTADO	BAJO	NORMAL	ALTO
Hb Hemoglobina	11.8 g/dl		10.0 – 17.0	
Hto Hematocrito	34.91 %		33.7 – 55.4	
VCM Volumen corpuscular medio	38 fl		35.0 – 52.0	
HCM Hemoglobina corpuscular media	12.8 pg		10.0 – 16.9	
CHCM Concentración de HCM	33.9 g/dl		27.0 – 35.0	
RDWc Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación	25.1 %		18.3 – 24.1	ALTO
RDWs Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar	31.2 fl			
PLT Plaquetas	338 10^3/µl		125.0 – 618.0	
VPM Volumen plaquetario medio	10.4 fl		8.6 – 14.9	
PCT Plaquetocrito	0.35 %			
PDWc Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación	36.0 %			
PDWs Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar	14.9 fl			

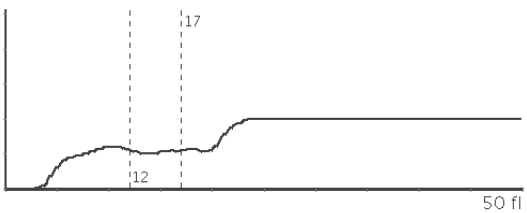
Histograma: LEU



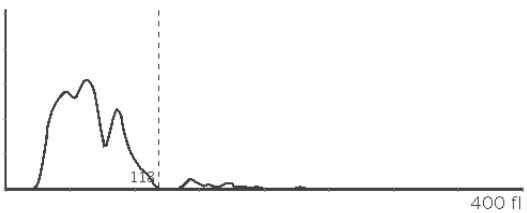
Histograma: ERI

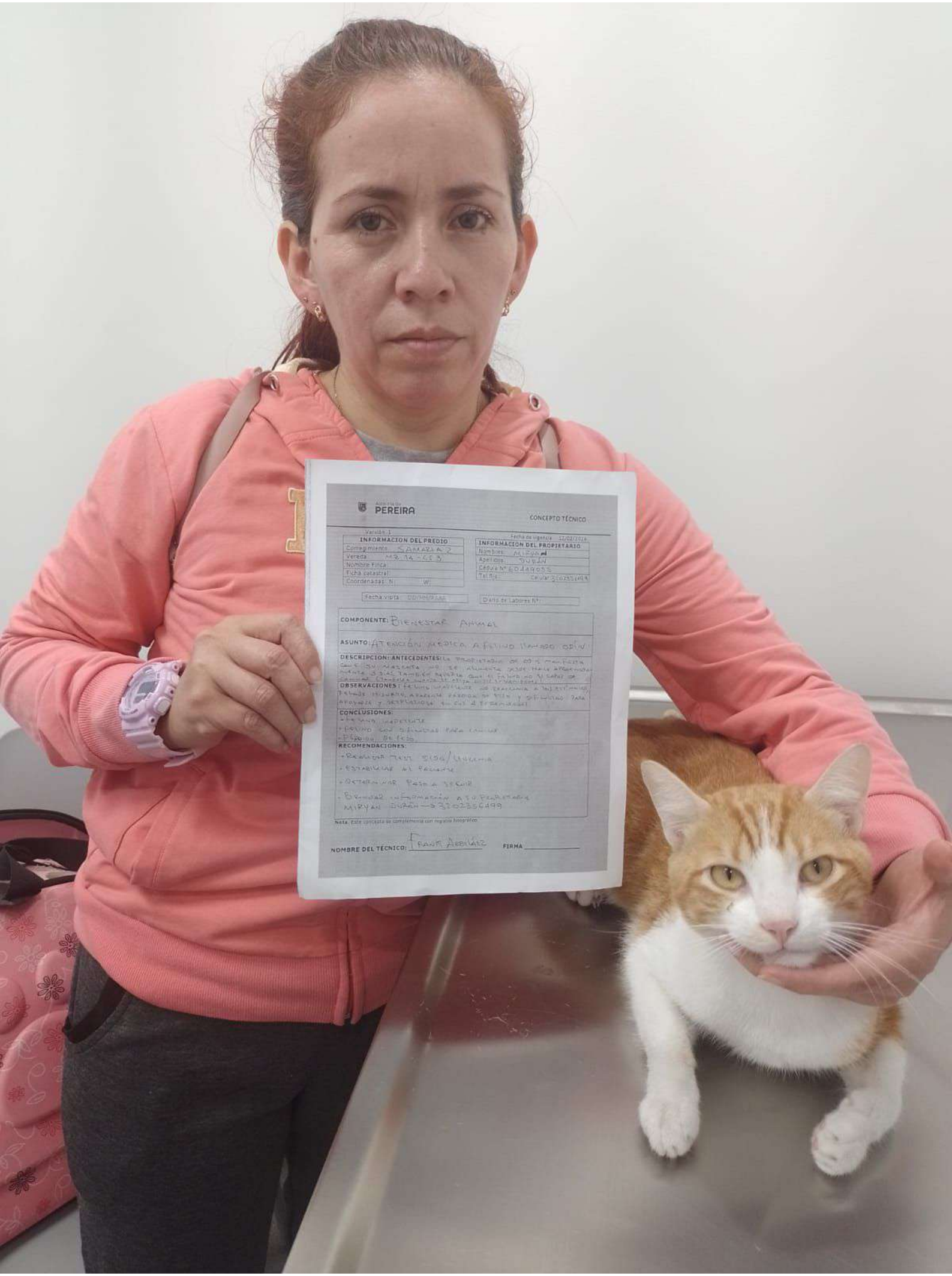


Histograma: PLT

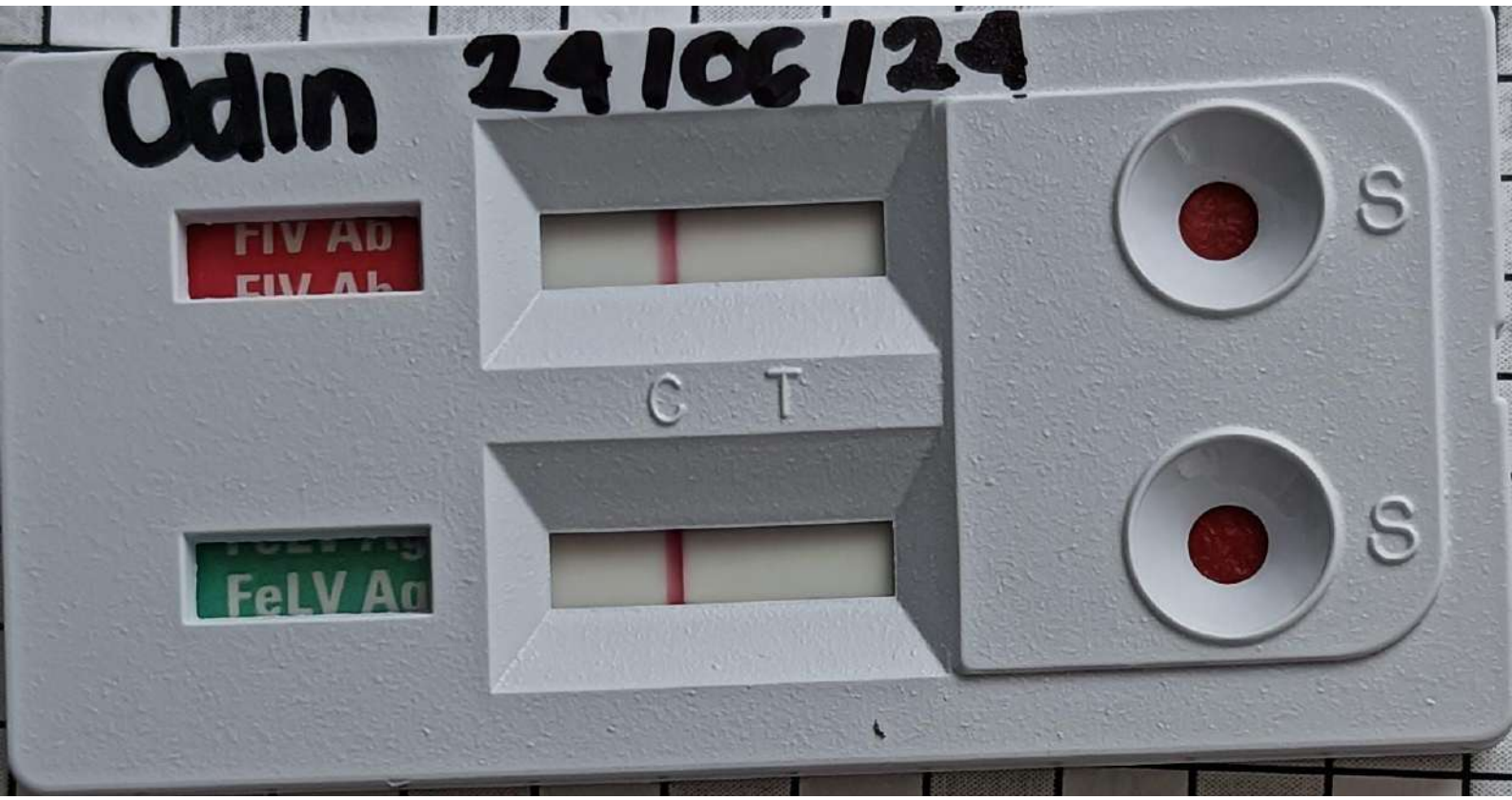


Histograma: EOS




PEREIRA
CONCEPTO TÉCNICO
INFORMACION DEL PREDIO
INFORMACION DEL PROPIETARIO
COMPONENTE: BIENESTAR ANIMAL
ASUNTO: ATENCIÓN MEDICA A FELINO HEMBRA ADULTA
DESCRIPCION: ANTECEDENTES:
OBSERVACIONES:
CONCLUSIONES:
RECOMENDACIONES:
NOMBRE DEL TECNICO: FRANK ARDILA
FIRMA


ARB2323
500 mL


Odin 241006124
FIV Ab
C T
S
S

Datos del Propietario	
Identificación:	**Nombre: BIOPARQUE UKUMARI**
Teléfono:	**Dirección:**

Datos del Paciente		
Nombre: ODIN	**Especie: FELINO**	**Raza: MESTIZO**
Edad: 1 AÑO	**Peso:**	**Sexo: MACHO**

REPORTE PARCIAL DE ORINA

CARACTERÍSTICAS	PARÁMETROS CANINOS	PARÁMETROS FELINOS	VALOR
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS			
Color	Ámbar	Ámbar	Rojo
Aspecto	Líquido y no turbio	Líquido y no turbio	Turbio
Olor	Sui Generis	Sui generis	Sui Generis
Test héller	Negativo	Negativo	-
Densidad por refractómetro	1030 - 1050	1040 – 1050	1014
TIRILLA			
LEU	-	-	Negativo (-)
KET	-	-	Negativo (-)
NIT	-	-	Negativo (-)
URO	-	-	Normal
BIL	-	-	Negativo (-)
GLU	-	-	Negativo (-)
PRO	-	-	Positivo (+++)
SG	-	-	1014
pH	-	-	7.0
BLD	-	-	Positivo (++)
ASC	-	-	
MA	-	-	
Ca	-	-	
CR	-	-	
PRO/CR	-	-	
SEDIMENTO URINARIO			
Eritrocitos	-	-	Frecuentes (++++)
Bacterias	-	-	Negativo (-)
Células epiteliales	-	-	Ocasionales (+)
Leucocitos	-	-	Ocasionales (+)
Cilindros	-	-	Negativo (-)
Cristales	-	-	Negativo (-)
Tipo de cristales	-	-	Negativo (-)

Observaciones:

Clinica Veterinaria UAM
Avenida Circunvalar #9-67.
Pereira, Risaralda - Colombia
320303-ext 6024

zoetis

Odin Duran

ID del paciente: 2574

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 25/06/2022
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: Mestizo
Doctor: Desconocido/a

Preventive Care Profile Plus

Fecha: 24/06/2024 01:47 PM N° de serie del analizador: 0000V20583 Lote: 3522AC3

	RESULTADO	BAJO	NORMAL	ALTO
BUN Nitrógeno ureico en sangre	> 180 * mg/dL	FUERA	10.0 – 30.0	
CRE Creatinina	17.7 * mg/dL	ALTO	0.3 – 2.1	
ALT Alanina aminotransferasa	69 U/L		20.0 – 100.0	
ALP Fosfatasa alcalina	13 U/L		10.0 – 90.0	
AST Aspartato aminotransferasa	37 U/L		12.0 – 43.0	
TBIL Bilirrubina total	0.6 * mg/dL	ALTO	0.1 – 0.6	
GLU Glucosa	105 mg/dL		70.0 – 150.0	
CA Calcio	8.4 mg/dL		8.0 – 11.8	
TP Proteinas totales	6.3 g/dL		5.4 – 8.2	
ALB Albúmina	2.6 g/dL		2.2 – 4.4	
GLOB Globulina	3.7 g/dL		1.5 – 5.7	
NA+ Sodio	155 mmol/L		142.0 – 164.0	
K+ Potasio	> 8.5 * mmol/L	FUERA	3.7 – 5.8	
CL- Cloruros	104 mmol/L		99.0 – 122.0	
tCO2 Dióxido de carbono total	11 * mmol/L	BAJO	15.0 – 24.0	

Hemólisis
0

Lipemia
1+

Ictericia
0

NOMBRE	ODIN /FELINO	**TUTOR**	BIOPARQUE UKUMARI
EDAD	2 AÑOS	**TELEFONO**	N.I
RAZA	MIX	**MEDICO SOLICITANTE**	CARLOS OSPINA
SEXO	MACHO	**FECHA**	25/06/2024

QUIMICA SANGUINEA

ITEM	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
ALT O GPT	**90.0**	30-100 U/L
TRIGLICERIDOS	-	10-114 mg/dl
COLESTEROL	-	38-196 mg/dl
AST O GOT	-	12-56 U/L
FOSFATASA ALCALINA	**32.7**	15-92 U/L
CREATININA	**2.2**	0.8-1.8 mg/dl
GGT	-	0-12 UI/L
UREA	-	38.5-70.6 mg/dl
BUN	**37.0**	18-33 mg/DI
PROTEINAS TOTALES	-	57-79 g/L

*Dato obtenido por duplicado

Técnica: enzimática cinética/ Genrui WP21B VET

Servicio de ultrasonido veterinario
Calle 14#23-147 álamos,Teléfono:3207229249
ultrasonidovetpereira@gmail.com
25 de junio de 2024

ESTUDIO ULTRASONOGRAFICO DE ABDOMEN

Nombre del paciente:Odin	Medico/clinica referente:C.V UAM
Edad: 2 años.	Raza:DPC
Sexo: M/C	Historial:FLUTD.

Hallazgos ultrasonográficos:

Vejiga: contenido luminal anecoico, se observa material hiperecoico asociado a su pared cráneo ventral, grosor de la pared aumentado (8mm), se observa la presencia de estructura hiperecoica de aspecto tubular en su lumen (sonda urinaria).
Colon descendente: patrón de contenido fecal, mucoso y gaseoso,pared normal,grosor (1.05mm).
Colon ascendente: patrón de contenido fecal, mucoso y gaseoso,pared normal,grosor (1.2mm).
Íleon: pared estratificada normal,grosor (1.9mm).
Ciego: aspecto usual, grosor (2.2mm).
Riñones : hiperecogenicidad cortical y ecotextura normal, adecuada diferenciación corteza-medula, márgenes lisos, longitud del riñón izquierdo (38mm), longitud del riñón derecho (38mm).
glándula adrenal izquierda: ecogenicidad y ecotextura normal,grosor del polo craneal (3.2mm), grosor del polo caudal (3.1mm).
intestino delgado (yeyuno):pared estratificada normal, contenido luminal mucoso y gaseoso, (2.8mm).
Estomago: patrón de contenido luminal de ingesta mucus y gas, pared estratificada normal.(1.3mm).
Cuerpo pancreático: ecogenicidad y ecotextura normal,grosor (5.1mm).
Bazo: ecogenicidad y ecotextura normal.(5.9mm).
Hígado: ecogenicidad y ecotextura normal, patrón vascular normal.
Vesícula biliar : contenido luminal anecoico, pared normal,(1.1mm).
Duodeno: contenido luminal mucoso y gaseoso, pared estratificada normal.

Opinión y diagnósticos diferenciales:

Hallazgos ultrasonográficos en vejiga sugieren:

- Cistitis.
- Sedimento mineral/detritus celulares o sanguíneos.

Hallazgos ultrasonográficos en riñones sugieren:

- Nefropatía inflamatoria.

Recomendaciones : Considerar realizar exámenes laboratoriales complementarios de evaluación renal, parcial de orina (urocultivo/antibiograma).

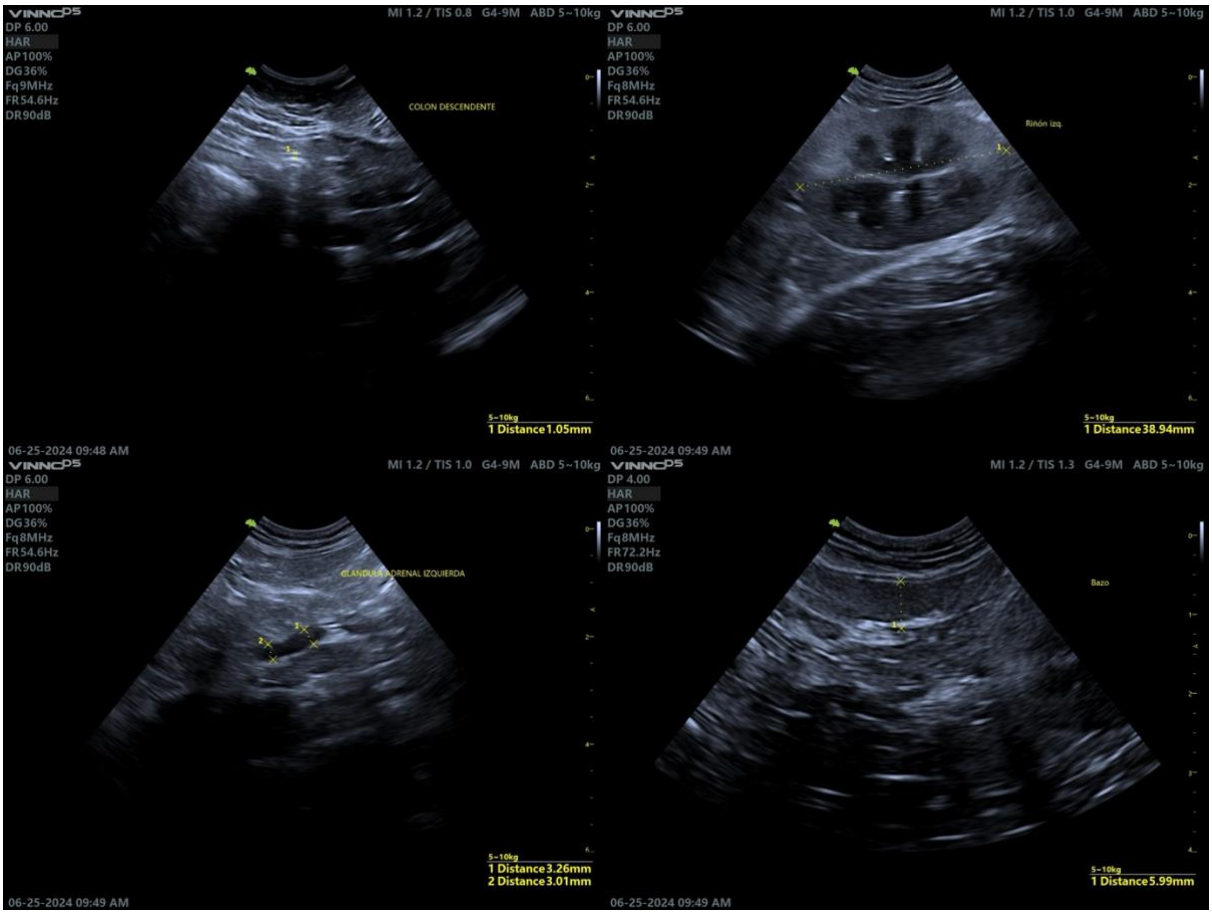
Estefania Cardona

MVZ Estefanía Cardona Cruz
M.P. 26174

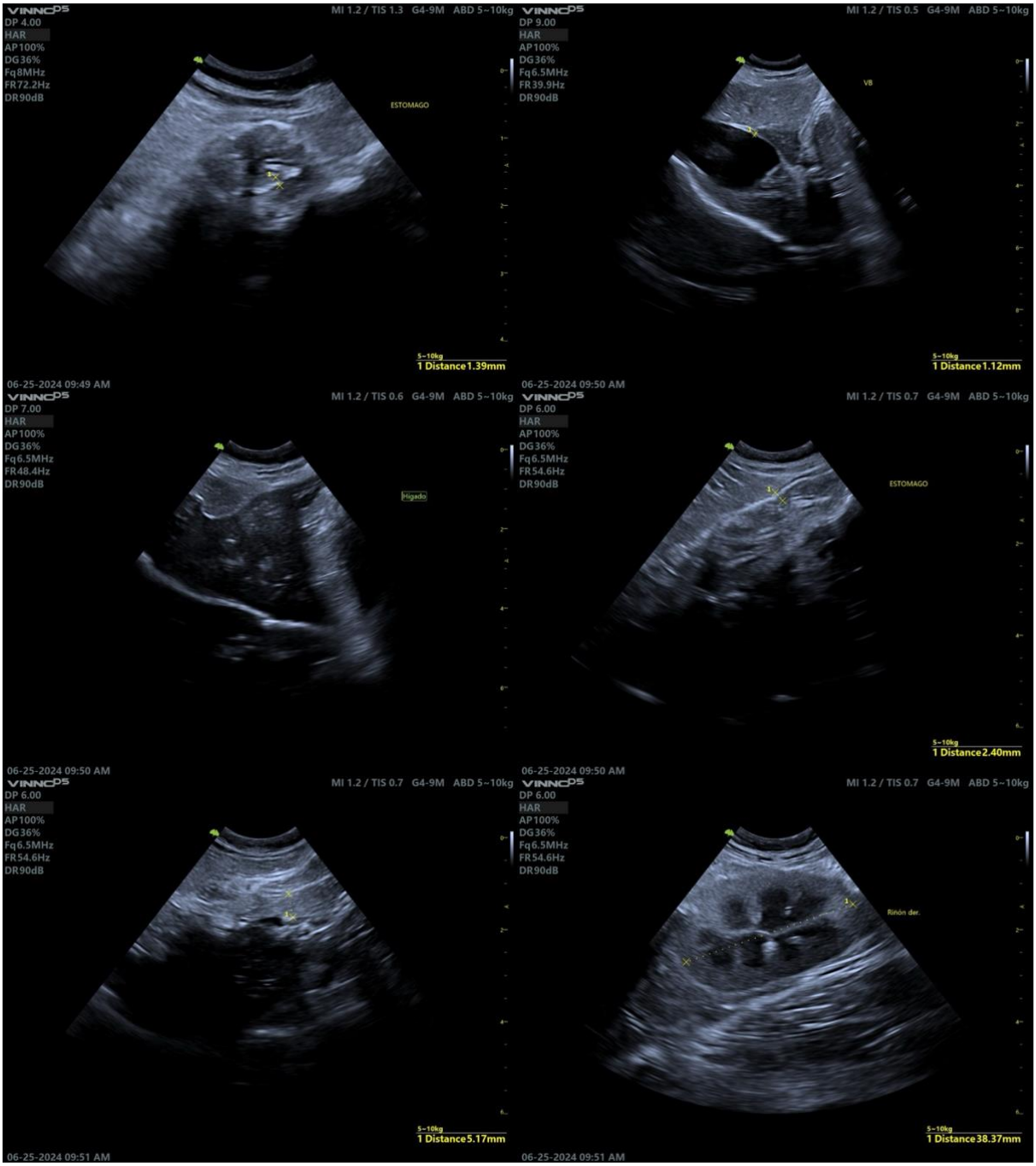
Estimado propietario : El ultrasonido es una herramienta complementaria que ayuda a visualizar estructuras internas y posibles anomalías. Sin embargo, para obtener un diagnóstico preciso y completo, es crucial integrar estos resultados con el cuadro clínico de su mascota y otros exámenes realizados previamente.

Se recomienda programar una consulta con el médico veterinario tratante para discutir los hallazgos del ultrasonido y cómo se relacionan con la salud general de su mascota. De esta manera, se podrán tomar decisiones informadas sobre el plan de tratamiento y cuidado futuro.

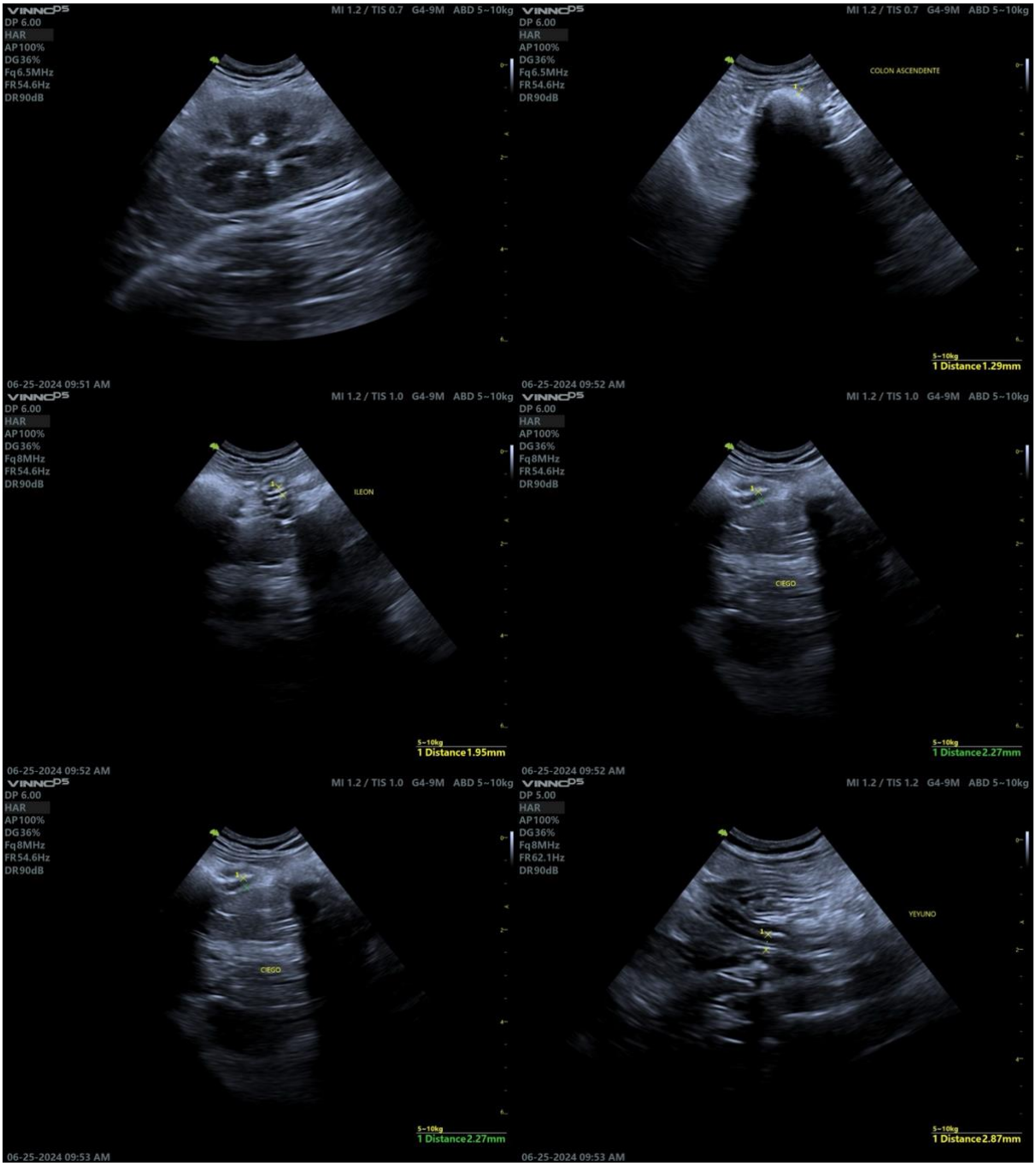
Imágenes:



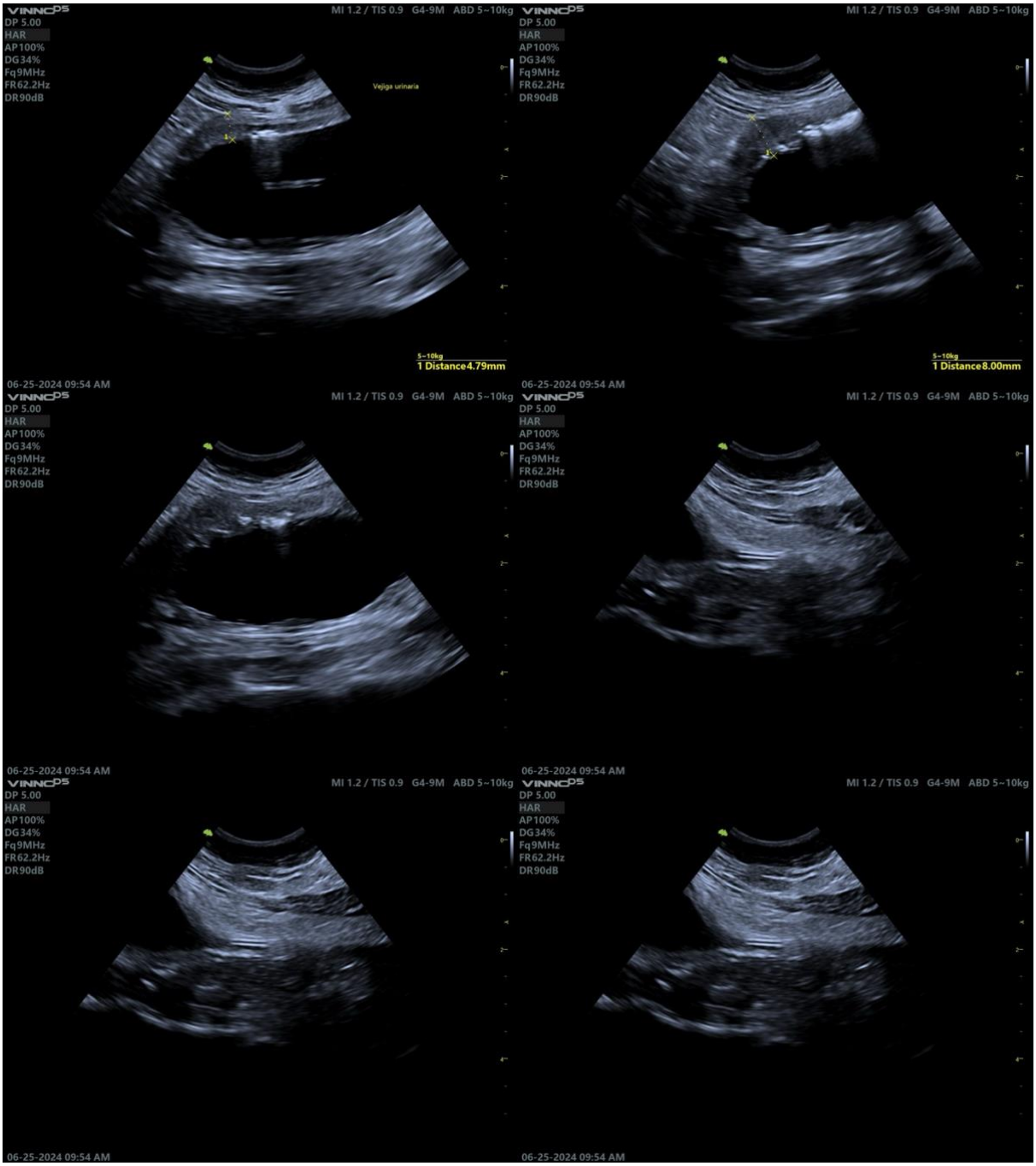
@ultrasonidovetpereira - 3207229249 – calle 14 # 23-147 Álamos, Pereira.



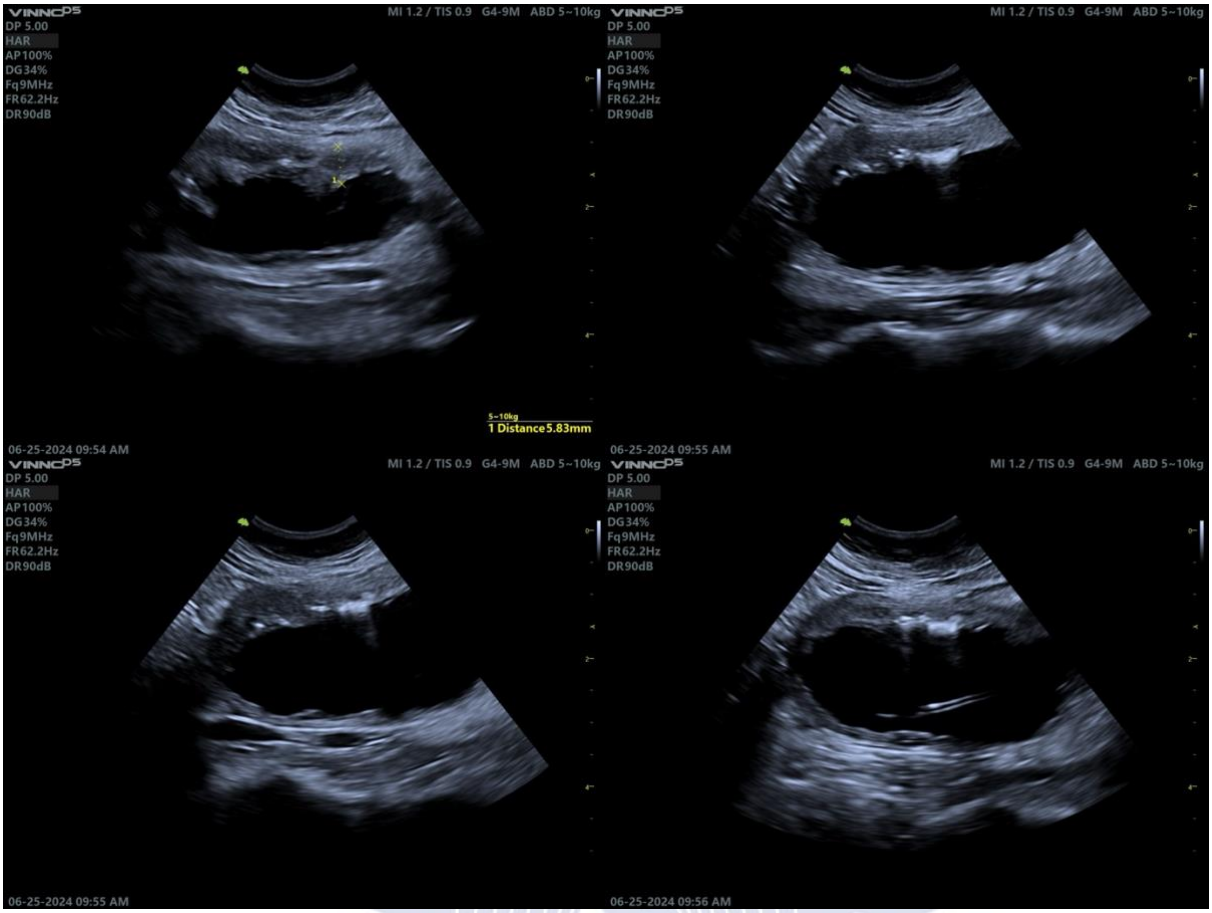
@ultrasonidovetpereira - 3207229249 – calle 14 # 23-147 Álamos, Pereira.



@ultrasonidovetpereira - 3207229249 – calle 14 # 23-147 Álamos, Pereira.



@ultrasonidovetpereira - 3207229249 – calle 14 # 23-147 Álamos, Pereira.



Ultrasonido Veterinario
Pereira

@ultrasonidovetpereira - 3207229249 – calle 14 # 23-147 Álamos, Pereira.