1.6.3 ESTERILIZACION 22 DE OCTUBRE LA PALMILLA

HC #2101
HC #2102

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.162.995
GALINDEZ
APELLIDOS
LEIDY JOHANA
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-SEP-1984
ALCALA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
10-JUL-2003 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

A-2400150-00112483-F-0042162995-20061026 0004852634A 1 4600013268

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

*** COPIA ***

VIA ALCALA- LA ESTRELLA LUIS ORREGO LA EST

01-01-029-0650 1 PEREIRA Residencial

10105ACC00 -60.00

0 32 0035

MUNICIPIO DE PEREIRA

1157662 MXT 10501 10357 144 1 144 131

ATESA DE OCCIDENTE S.A.

NIT 900.123.074

354.2668 47.0195 63.2413 16.2743 257.8959 849.5952

47.935

69.252

2101

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Leidy Johana identificado con numero de cedula N° 42165995 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Boy la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

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

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

Leidy Johana Gaviria

Propietario/acudiente:

CC: 42165995

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

#2101

Yo Leidy Johana identificado con cédula de ciudadanía número 42162995 de Alcala en calidad de tutor de Coy., de especie Canin, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Coy puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 27 de Oct del 2021

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

Leidy Johana Galindez

Propietario/acudiente

CC: 42162995

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

#2101

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 27/10/24

Yo Leidy Johana Galindez. **Identificado con CC:** 42162995
con Dirección: estrella cs 14 ; **Tutor de** Coy
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho **Edad** 5 anc.
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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

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

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

* Leidy Johana Galindez
Nombre del TUTOR _____ **Firma** _____
CC: 42162995

Powered by CamScanner

Fecha: 22/10/24 | No. Historia Clínica: 2101

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Leidy Yohana Galindez Documento de identidad: 42162995.
Dirección: La estrella CS 14 Teléfono: 3128018687.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Coy Sexo: M X F ___ Raza: Canino Especie: Mestiza
Fecha de Nacimiento: 5 años Color: _____ Peso: 18 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): NA
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): NA
Enfermedades Anteriores: NA
Tratamientos: NA
Evolución: NA
Alimentación: NA
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: ____ /rpm F. Cardiaca: ____ /lpm Temperatura: ____ 0 C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 1 Seg Ganglios Linfáticos: NO reactivos
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente en condiciones normales. sin alteraciones fisiologicas.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____
Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____
Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se realiza OVH en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	Iny	SC	UD
Meloxicam	0,2 mg/kg	Iny	SC	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

#2102

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Leidy Johana identificado con numero de cedula N° 42162995. Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Bebe la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 22 de oct del 2019

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

Leidy Johana Galindez

Propietario/acudiente:

CC: 42162995

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL #2102

Yo Leidy Johana Galindez identificado con cédula de ciudadanía número 42162995 de Alcala. en calidad de tutor de Bebe, de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Bebe puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 27 de oct del 20 21

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

Leidy Johana Galindez

Propietario/acudiente

CC: 42162995.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

#2102

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 22/10/24

Yo Lady Johana Galindez **Identificado con CC:** 42162995
con Dirección: la estrella Csa 14 **; Tutor de** Bebe.
Especie Felino **Raza** Mestiza **Sexo:** Macho **Edad** 3 años.
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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

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

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

Nombre del TUTOR Lady Johana Galindez **Firma** _____
CC: 1112162995.

Powered by CamScanner

Fecha: _____ Universidad Tecnológica de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: 2102

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Leidy Johana Galindez Documento de Identidad: 42162995
Dirección: La estrella cs 14. Teléfono: 3128018687
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Bebe Sexo: M X F Raza: Mestizo Especie: Felino.
Fecha de Nacimiento: 3 años Color: _____ Peso: 4 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): NA
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): NA
Enfermedades Anteriores: NA
Tratamientos: NA
Evolución: NA
Alimentación: NA
História Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: ___ /rpm F. Cardiaca: ___ /lpm Temperatura: ___ °C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 1 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente en condiciones normales sin alteraciones fisiológicas

Powered by CamScanner

HC#2112

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.294.573
BERMUDEZ CARDONA

APELLIDOS
MONICA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-NOV-1991
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
03-DIC-2009 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A-2400100-00355287-F-1088294573-20120112 0028305784 2

Powered by CamScanner

E.S.P. Acueducto Cestillal-El Diamante E.S.P.

Nit.: 816.003.887-1 Nuir: 1-460001001-1

Dirección: Altagracia Cs 82 Teléfono: 329379 - 329900 - Fax: 329909

Pag. WEB: www.acueductocestillaleldiamante.com.co - e-mail: acucesdi@hotmail.com

"ACUCESDI" Una nueva visión empresarial

Lectura Nueva	Fecha	Nombre del Fontanero
874	29/02/2024	

Celular: 311 730 8726

Fecha Impresion: 29/02/2024 9:26:05a. m.

Factura de Venta de Servicios Públicos

No. 584833

Fecha de Facturación: 29/02/2024

Facturación Desde: 01/11/2023 Hasta: 31/12/2023

Fecha máxima sin Recargo: 15/03/2024

Total a Pagar: $61,400

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Nombre: GREGORIS BARBOSA LA CESAR LUIS Código Suscriptor: 20862

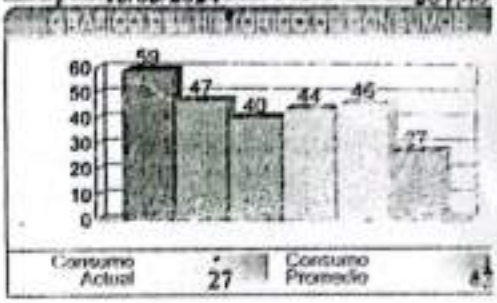
Dirección: F EL ENSUENO "TILLAL PEDREGALES ALTAGRA- Ruta: 04275-100

Clase de uso: Residencial Estrato: Medio bajo (3)

LIQUIDACIÓN DE ACUEDUCTO

No. de Medidor	Lectura Actual	Lectura Anterior	Concepto de Lectura
20-029154	874	847	

Tasas de Interés Mora	Financiación	Ultimo Pago Fecha	Valor	Facturas Pendientes
2.00	0.00	22/01/2024	97,600.00	1



Consumo Actual: 27 Consumo Promedio: 41

NOTAS

CADA GOTA CUENTA Y EL NO CUIDADO DEL GASTO EN EL GUA PERJUDICA A TODA UNA COMUNIDAD SEAMOS CONSCIENTES DE ESTA CRISIS CLIMATICA.

DETALLE DE CARGOS FACTURADOS

NOMBRE DEL CARGO	DESCRIPCION DETALLADA		VALOR ANTERIOR	VALOR ACTUAL
CARGO FIJO ESTRATO 3	1.00	22,127.00		22,127.00
SUBSIDIO CARGO FIJO ESTRATO 3	1.00	-2,810.00		-2,810.00
CONSUMO BASICO ESTRATO 3	26.00	1,778.00		-4,628.00
CONSUMO COMPLEMENTARIO ESTRATO 3	1.00	1,778.00		1,778.00
SUBSIDIO CONSUMO BASICO ESTRATO 3	26.00	-226.00		-5,876.00
AJUSTE AL PESO	1.00	-47.00		-47.00
Notas Credito y/o Anticipos			0	
Saldo de Factura(s) anterior(es)			0	
Vr. I.V.A mano de obra y/o materiales				
		TOTALES	0.00	61,400

NOTAS

Costo medio de administración CMA ..... $ 22.127

Costo medio de operación CMO $1.778

Impreso por Acucesdi 816.003.887-1 software Gominus nit 816.006.671-0

Samuel Correa Tobón
Perito Representante Legal

TOTAL A PAGAR

$61,400

Powered by CamScanner

#2112

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Monica Bermudez identificado con numero de cedula N° 1088294573 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Chispas la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 22 de oct del 20 21.

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

Monica Bermudez
Propietario/acudiente:
CC: 1088294573

Powered by CamScanner

#2112

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Monica Bermudez Cardona identificado con cédula de ciudadanía número 1088294573 de Pereira en calidad de tutor de Chuscs, de especie Canino, raza Mestiza e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Chuscs puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 12 de Oct del 20 24.

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

Monica Bermudez

Propietario/acudiente

CC: 1088294573

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

#2112

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 22/04/21

Yo Monica Bermudez. **Identificado con CC:** 1088294573
con Dirección: el enseñe pedregales **; Tutor de** Chiso
Especie Canino **Raza** Mestiz **Sexo:** Hembra **Edad** 7 meses
Historia Clínica No:

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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

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

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

Nombre del TUTOR Monica Bermudez **Firma**
CC: 1088294573

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO

No. Historia Clinica: 2112

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Monica Bermudez Documento de identidad: 1088214573
Dirección: Cartagales Teléfono: 3105955390
Correo Electrónico: Chispa

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Chispa Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 7 meses Color: _____ Peso: 8kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): NA
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): NA
Enfermedades Anteriores: NA
Tratamientos: NA
Evolución: NA
Alimentación: NA
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilizacion

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ 0C
Pulso: filC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: **Normal** AN: **anormal.** NE: **No Examinado**

Descripción de los Hallazgos: Puente en conducta normales sin alteraciones fisiológicas

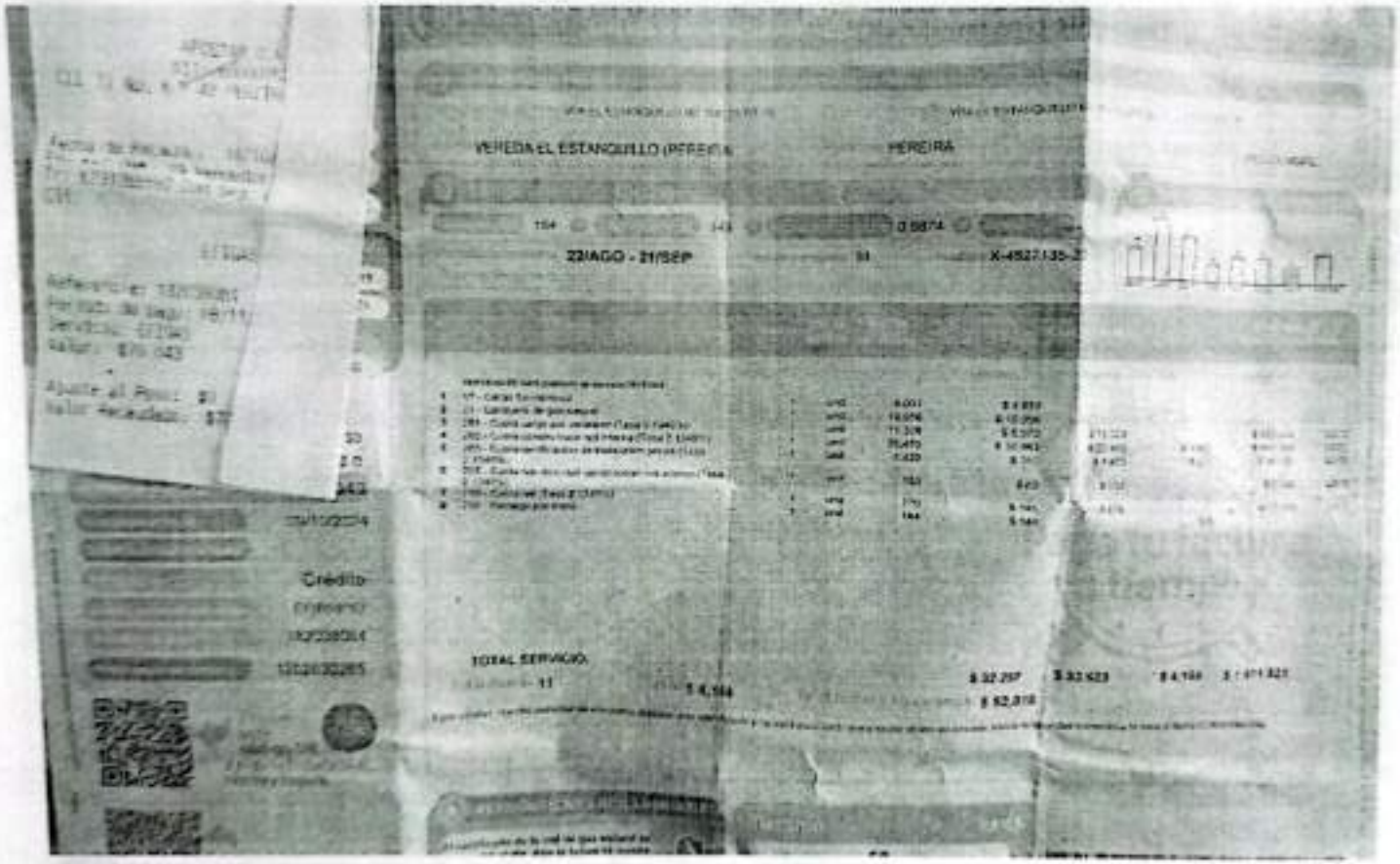
Powered by CamScanner

HC # 2113





Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

#2113

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Rosalva Gutierrez identificado con numero de cedula N° 29135817 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Ivis. la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

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

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

Propietario/acudiente:
CC: 29 13582

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

#2113

Yo Rosalia Gutierrez identificado con cédula de ciudadanía número 29135817 de Alcalá. en calidad de tutor de Iris., de especie felina, raza Mestiza e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Iris. puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 22 de oct del 20 21

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

Rosalia Gutierrez

Propietario/acudiente

CC: 29 135 8 17

Powered by CamScanner

#2113

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 22/oct/24.

Yo Rosalia Gutierres **Identificado con CC** 135817.
con Dirección: Vereda el estanquillo ; **Tutor de** Iris S.
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 1 año
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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

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

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

Nombre del TUTOR Rosalia Gutierres **Firma** _____
CC: 29135 817

Powered by CamScanner

Fecha: 22/10/24 | UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 213

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Rosalia Gutierrez Documento de Identidad: 29135817.
Dirección: Vereda el estanquillo. Teléfono: 314.747 5901.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Iris Sexo: M__ F X Raza: Mestizo Especie: Felino.
Fecha de Nacimiento: 1 año Color: _____ Peso: 4 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): NA
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): NA
Enfermedades Anteriores: NA
Tratamientos: NA
Evolución: NA
Alimentación: NA
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado __
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ °C
Pulso: FILC Tiempo Llenado Capilar: 1 Seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosadas HIB Actitud y Temperamento: Letárgico __;
Estuporoso __; Comatoso __. Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente en condiciones normales sin alteraciones fisiologicas

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se realiza ATH en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	iny	SC	UD
Meloxicam	0,2 mg/kg	iny	SC	UD

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Concepto de Lectura

Actual	Anterior
2,421	2,025

Pago Inmediato

GRAFICO DEL HISTORICO DE CO

HC #2103
HC #2104

Financiación	Fecha	Valor	Facturas Pendientes
0.00	16/05/2024	121,300.00	2

PAGO INMEDIATO

SU SERVICIO SERA DESCONECTADO

EN 5 DIAS DESPUES DE RECIBIDA ESTA FACTURA

Consumo Actual 396 Consumo Promedio

DETALLE DE CARGOS FACTURADOS

DEL CARGO	DESCRIPCION DETALLADA		VALOR ANTERIOR
	1.00	24,782.00	
	1.00	-13,149.50	
	28.00	1,991.00	
	28.00	1,991.00	
	344.037	1,891.00	
	28.00	-1,377.77	
	1.00	-28.99	

TOTALES

	$ 24,782
	$1,991

Samuel Correa Tobón

Perito Representante Legal

TOTAL A PAGAR

$$

Fecha Impresión: 31/08/2024 5:04:02p. m.

Fecha Facturación: 31/08/2024

CUPÓN DE PAGO (EMPRESA)

602

Codigo Suscriptor	Facturas Pendientes	Paguese sin Recargo
21951	2	Pago Inmediato

Total a Pa

$$

"ACUCESD"

A.C.S. Acueducto Candelaria-E

(415)7709998000891500(8020)20240915

SENOR CAJERO (A) ABSTENGASE DE COLOCAR SELLOS O NOTAS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS



Powered by CamScanner

4.374.909
MARTINEZ CAICEDO



29-AGO-1968
LA DORADA
(CALDAS)
1.60 B+ M
11-MAY-1977 LA TEBAIDA



Powered by CamScanner

#2103

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Jose Martinez. identificado con numero de cedula N° 4374909. Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Kativa. la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 22 de oct del 2019

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

Propietario/acudiente:
CC: 29898374

Powered by CamScanner

#2105

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Jose Martinez identificado con cédula de ciudadanía número 42742909 de Tebaida en calidad de tutor de Katia, de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Katia puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

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

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

Propietario/acudiente

CC: 29898374

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

#2103

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 22/oct/24.

Yo Jose Martinez **Identificado con CC:** 4374909
con Dirección: La selva ; **Tutor de** Katira
Especie Canino **Raza** Mestizo. **Sexo:** Hembra **Edad** 6 meses
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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

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

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

Nombre del TUTOR _____ **Firma** _____
CC: 1 2989837 4

Powered by CamScanner

Fecha: 22/10/24 — Universidad de Pereira — Hospital Veterinario — No. Historia Clínica: 2103

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jose Martinez — Documento de identidad: 4379 909.
Dirección: la selva. — Teléfono: 3234423518.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Kaira — Sexo: M ___ F X — Raza: Mestizo — Especie: Canina
Fecha de Nacimiento: 6 meses — Color: Amarillo — Peso: 8 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): NA
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): NA
Enfermedades Anteriores: NA
Tratamientos: NA
Evolución: NA
Alimentación: NA
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ 0C
Pulso: FUC Tiempo Llenado Capilar: 2 Seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Fuerte en condiciones normales. Sin alteraciones fisiológicas.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se realiza ATH en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	iny	SC	UD
Meloxicam	0,2 mg/kg	iny	SC	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

#2104

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Jose Martinez identificado con numero de cedula N° 1.379909 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Kahlua la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido. Oriana.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 22 de Oct del 2016

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

Yelly Agudelo

Propietario/acudiente:

CC: 24898374

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL #2104

Jose Martinez identificado con cédula de ciudadanía número 4374909 de Tebaida en calidad de tutor de Gitana., de especie Canino, raza Mestiza e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Gitana. puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

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

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

Jhonny A Gueto

Propietario/acudiente

CC: 24898374

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

#2104

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 22/10/24

Yo: Jose Martines **Identificado con CC:** 9374909.
con Dirección: la selva ; **Tutor de** Gitana
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra. **Edad** 9 meses.
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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

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

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

Nombre del TUTOR Jhon A Jimenez **Firma** _____

CC: 2498374

Powered by CamScanner

Fecha: 8/11/024

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO

No. Historia Clínica: 2104

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jose Martinez Documento de identidad: 4374909.
Dirección: la selva Teléfono: 3234423518.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Gitana Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 8 meses Color: _____ Peso: 9 KG

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: NA
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: NA
Enfermedades Anteriores: NA
Tratamientos: NA
Evolución: NA
Alimentación: NA
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: ___ /rpm F. Cardiaca: ___ /lpm Temperatura: ___ °C
Pulso: FUC Tiempo Llenado Capilar: 1 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: RTB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Puente en condiciones normales. sin alteraciones anatomicas

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea: ____
Rayos X: ____
Ecografía: ____
Cuadro Hemático: ____
Frotis (raspado piel): ____

Coprológico: ____
Endoscopia: ____
ECG: ____
EEG: ____
Parcial de Orina: ____

Coproscópico: ____
Cultivos: ____
Antibiograma: ____
Biopsia: ____
Otros: ____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se realiza DIU en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	iny	SC	UD
Meloxicam	0,2 mg/kg	iny	SC	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

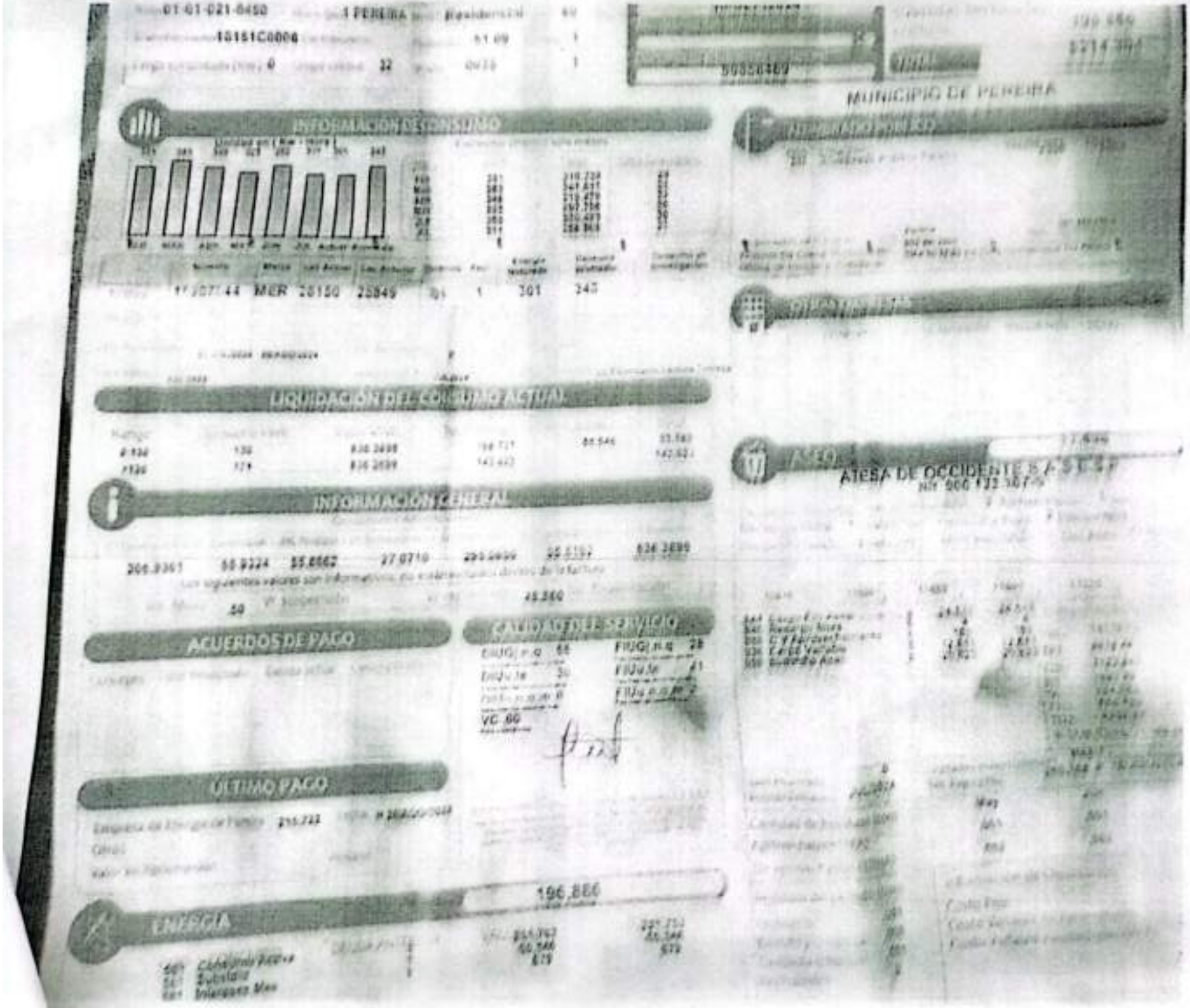
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.004.717.120
MARTINEZ GIRALDO

YESSICA



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Jessica Martinez identificado con numero de cedula N° 1004717170 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Luker la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 22 de oct del 20 22.

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

* Yessica Martinez

Propietario/acudiente:

CC: 1004717170

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Jessica. Martinez. identificado con cédula de ciudadanía número 1004717120 de Pereira en calidad de tutor de Luka., de especie Felino., raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Luka puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 22 de Oct del 20 24

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

*Yessica Martinez

Propietario/acudiente

CC: 1004717120

Powered by CamScanner

Fecha: 22/10/24 | Universidad de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: ____

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Yessica Martinez Documento de identidad: 1004717120.
Dirección: La selva Teléfono: 3153735918
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Luky Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 3años Color: Gris Peso: 4.5kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): NA
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): NA
Enfermedades Anteriores: NA
Tratamientos: NA
Evolución: NA
Alimentación: NA
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: ____ /rpm F. Cardiaca: ____ /lpm Temperatura: ____ °C
Pulso: FCC Tiempo Llenado Capilar: 1 Seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente en condiciones normales sin alteraciones fisiológicas.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se realiza ORO en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	mg	SC	UD
Meloxicam	0,2 mg/kg	mg	SC	UD

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 22/01/2024

Yo Yessica Martines **Identificado con CC:** 1004717120.
con Dirección: _____ **; Tutor de** Luky
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho **Edad** 3 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA X OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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

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

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

Nombre del TUTOR Yessica Martinez **Firma** Yessica M.C
CC: 1004717120

Powered by CamScanner

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Jessica Martinez identificado con numero de cedula N° 1004717120. Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Lupe la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 22 de Oct del 20 24.

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

*Yessica Martinez

Propietario/acudiente:

CC: 1004717120

Powered by CamScanner

HC#

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Jessica Martinez identificado con cédula de ciudadanía número 1004717170 de Pereira. en calidad de tutor de Lupe., de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Lupe puede edquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 22 de oct del 20 24

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

* yessica martinez

Propietario/acudiente

CC: 1004717120

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

3215735918

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 20/10/24.

Yo Yessica Martinez **Identificado con CC:** 1004717120
con Dirección: _____ **; Tutor de** Kyle
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 2 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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

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

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

Nombre del TUTOR Yessica Martinez **Firma** Yessica Martinez
CC: 1004717120

Powered by CamScanner

: 22/10/24 | Universidad de Pereira | Hospital Veterinario | No. Historia Clínica: ____

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jessica Martinez
Dirección: la estrella Documento de identidad: 1004717120
Correo Electrónico: Teléfono: 3215735918

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: [redacted] Sexo: M ___ F X Raza: Canino Especie: Hembra
Fecha de Nacimiento: 2 años Color: ___ Peso: 13 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): NA
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): NA
Enfermedades Anteriores: NA
Tratamientos: NA
Evolución: NA
Alimentación: NA
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ 0C
Pulso: FUC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente en condiciones normales sin alteraciones fisiológicas.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:___
Rayos X:___
Ecografía:___
Cuadro Hemático:___
Frotis (raspado piel):___

Coprológico:___
Endoscopia:___
ECG:___
EEG:___
Parcial de Orina:___

Coproscópico:___
Cultivos:___
Antibiograma:___
Biopsia:___
Otros:___

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se realiza ONH en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/Kg	iny	SC	UD
Meloxicam	0,2 mg/Kg	iny	SC	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

HC # 2116.





Powered by CamScanner

CASETA COMUNAL LA ESTRELLA
VIDA VIA ALCALA CASETA COMUNAL LA ESTRELLA

01-01-029-0103 1 PEREIRA Residencial 60

10133X0000 4

.5 32 1035 1

28/AGO/2024
0

06/SEP/2024

59857037

MUNICIPIO DE PEREIRA

110186236	ELS	1532	1514	18	1	18	21

15,055

ATESA DE OCCIDENTE

45,560

50

DIUG[.n.q 55
DIUU.te 46
DIUU n.e.m 1
VC 1,266.11

FIUC 28
FIUU 44
FIUE 4

48,568 P 16 AGO 2024

14,005

501 Consumo Activa
534 Compensaciones Ras Cieu 111
551 Intereses Mora

Powered by CamScanner

#2116

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Amelia Rosa identificado con numero de cedula N° 1097727622 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Nixo. la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 22 de Oct del 2029

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

Rosa Correa

Propietario/acudiente:
cc: 1097727622

Powered by CamScanner

#2116

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Amelia Rosa Correa identificado con cédula de ciudadanía número 1097727622 de Montenegro en calidad de tutor de Niño., de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Niño. puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 17 de Oct del 2021

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

Rosa correa

Propietario/acudiente

CC: 1097727622

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

#2116

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 22 octubre 2024.

Yo Amelia. Rosa Correa **Identificado con CC:** 1097 727 622
con Dirección: La estrella cs 23. **; Tutor de** Niño
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** _____
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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

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

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

Nombre del TUTOR Rosa Correa **Firma** _____
CC: 1097727 622

Powered by CamScanner

Fecha: 27/10/24

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | PROGRAMA DE MEDICINA VETERINARIA

No. Historia Clínica: 2116

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Amelia Rosa. Correa
Dirección: la estrella Cs 23 Documento de identidad: 1097727622.
Teléfono: 3234432784.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Niño Sexo: M V F Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: _____ Color: Blanco Negro. Peso: 23kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): NA
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): NA
Enfermedades Anteriores: NA
Tratamientos: NA
Evolución: NA
Alimentación: NA
Historia Reproductiva: Entero V Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ 0 C
Pulso: FILC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta V Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE	Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N	7. Sistema Digestivo	N
2. Estado de Hidratación	N	8. S. Respiratorio	N
3. Sistema Tegumentario	N	9. S. Nervioso	N
4. Ojos	N	10. S. Musculoesquelético	N
5. Oídos	N	11. S. Cardiovascular	N
6. Nariz	N	12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente en condiciones normales sin alteraciones visibles.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se realiza OPG en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	1mg	SC	UD
Meloxicam	0,2 mg/kg	1mg	SC	UD

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.057.756.159
OROZCO DUQUE

APELLIDOS
MILTON ANDERSON

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 28-ABR-1986
BELALCAZAR
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

09-JUN-2004 BELALCAZAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-0902200-00264756-M-1057756159-20120609 0000[illegible]A 1 381 70479

Powered by CamScanner

2114

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Milton. Orozco identificado con numero de cedula N° 1105775615 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Pantera. la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

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

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

Propietario/acudiente:
CC: 1037756159.

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

#2114

Yo Milton Ocoro Roque. identificado con cédula de ciudadanía número 1057756159 de Bolívar en calidad de tutor de Pantera., de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Pantera puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

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

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

Propietario/acudiente

CC: 1057756159

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

#214

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 22 octubre. 2020.

Yo Milton Orozco **Identificado con CC:** 1057756159.
con Dirección: Subestación Policía. **;Tutor de** Pantera
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** —
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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

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

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

Nombre del TUTOR Milton Orozco **Firma** _____
CC: 1057756159

Powered by CamScanner

Fecha: _____ No. Historia Clínica: 214

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Millon Anderson
Dirección: Liberación Policía Documento de identidad: 1057756159
Correo Electrónico: _____ Teléfono: 3104065090

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Pantera Sexo: M__ F X Raza: Hembra Especie: Felina
Fecha de Nacimiento: _____ Color: Negro Peso: 4 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): NA
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): NA
Enfermedades Anteriores: NA
Tratamientos: NA
Evolución: NA
Alimentación: NA
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado __
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: ___ /rpm F. Cardiaca: ___ /lpm Temperatura: ___ °C
Pulso: FUC Tiempo Llenado Capilar: 1 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: AHB Actitud y Temperamento: Letárgico __;
Estuporoso __; Comatoso __, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente en condiciones normales sin alteraciones fisiológicas.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se realiza ATH en jurada de esterilización
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina 15	mg/kg	mg	SC	UD
Meloxicam 0,2	mg/kg	mg	SC	UD

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner



HC# 2115



Powered by CamScanner

Fecha Impresion: 31/10/2023

MARIN GRAJALES MARIA EVANGELINA
CGTO LA ESTRELLA-
Residencial

10924
04500-1000
Bajo (2)

372140

01/07/2023 31/08/2023

16-0112815 1,113 1,076

2.00 0.00 24/08/2023 65,400.0



NUESTRA LINEA DE WHATSAPP ESTA DISPONIBLE PARA ATENDERLO 24/7 PARA REPORTES

CARGO FIJO ESTRATO 2	1.00	
SUBSIDIO CARGO FIJO ESTRATO 2	1.00	
CONSUMO BASICO ESTRATO 2	26.00	42.00
SUBSIDIO CONSUMO BASICO ESTRATO 2	1.00	
AJUSTE AL PESO		

Notas Credito y/o Ajustes

Saldo de Facturas

IVA Ajuste de

Costo medio de administración CMA ..... $ 22.127
Costo medio de operación CMO $1.775
Impreso por Acueseo 816.003.897-1 software Geminus nit 816.003.897-0

Manuel Correa Tobón

Fecha Impresion: 31/10/2023 12:49:20p. m.
Fecha Facturación: 31/10/2023

MARIN GRAJALES MARIA EVANGELINA 10924



Powered by CamScanner

2115

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Sandra Milena identificado con numero de cedula N° 42030209. Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Simon. la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

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

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

Sandra Milena Restrepo

Propietario/acudiente:

CC: 42030209

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL #215

Yo Sandia Milena Restrepo identificado con cédula de ciudadanía número 42.030.209 de Ulloa en calidad de tutor de Simón, de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Simón puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 22 de oct del 2021.

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

Sandia M. Restrepo

Propietario/acudiente

CC: 42302 09

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

2115

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 22/oct/24.

Yo Sandra Milena **Identificado con CC:** 42030209
con Dirección: la estrella cs 20 ; **Tutor de** Simon
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho **Edad** 5 meses
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA** y que podrian generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

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

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

Nombre del TUTOR Sandra Milena Restrepo **Firma** _____
CC: 42030209

Powered by CamScanner

Fecha: _____ PEREIRA | VETERINARIO No. Historia Clínica: 2115

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Sandra Milena Restrepo Documento de identidad: 42080209.
Dirección: la estrella cs 20 Teléfono: 3017923671.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Simón Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: Felino.
Fecha de Nacimiento: 5 meses Color: _____ Peso: 2,8kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): NA.
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): NA
Enfermedades Anteriores: NA
Tratamientos: NA
Evolución: NA
Alimentación: NA
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ °C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 1 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente en condiciones normales. Sin alteraciones fisiológicas.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se realiza OBO en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	iny	SC	UD
Meloxicam	0,2 mg/kg	iny	SC	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

#C #2047
#C #2048

Powered by CamScanner

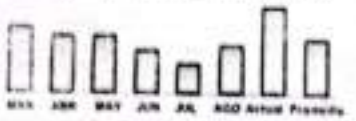
MIGUEL ANGEL
VIA ALCALA- SECT by TABARES
LOTE DE TERRENO CASA

28/SEP/2024

10/OCT/2024

MUNICIPIO DE PEREIRA

01-01-025-1450	PEREIRA	Residencial	60	
10174Y0000		-39.39	2	
0	32	0035	1	



Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía Facturada
11006673	MER	20314	19983	331	1	331

0-130	131	848.2158	110.253	43.683	
>130	201	848.2158	170.402		

311.9205	57.1421	57.0023	31.3038	294.5494	96.2119	848.2158

DSUGj.n.g 55
DSUu.te 35
DSUu.n.g m 0
VC .00

109.457 P 02/SEP/2024

237,108

001	Consumo Activa	0	850.751	850.751
001	Subsidio	0	-47.683	-47.683

Estella

@1800042371

110-606-34704454

57 EX

576570

Powered by CamScanner

2097

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Miguel Angel Castro identificado con numero de cedula N° 10144541 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Tigrio la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

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

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

Propietario/acudiente:
CC: 10.144.341

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

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

Nombre del TUTOR A
CC: 10.144.341

Firma Miguel A Castro

Powered by CamScanner

#2097

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Miguel Angel castro identificado con cédula de ciudadanía número 10.144.541 de Pereira en calidad de tutor de Toro, de especie canina, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Toro puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

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

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

Propietario/acudiente
CC: 10.144.541

secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos especificos para Esterilizacion

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

Nombre del TUTOR A
CC: 10.144.541

Firma Miguel A Castro

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

3148954320
#12097

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 22/oct/24.

Yo Miguel Angel. Castro **Identificado con CC:** 1044541
con Dirección: set Betulia via Alcala **; Tutor de** Tiara.
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 6 meses
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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

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

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

Nombre del TUTOR _____ **Firma** _____
CC: 10.454.541

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO

No. Historia Clínica: 2097

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Miguel Angel Documento de identidad: 10144541
Dirección: tres esquinas Teléfono: 3148959320
Correo Electrónico: —

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Tiana Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 6 meses Color: _____ Peso: 7 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: NA
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: NA
Enfermedades Anteriores: NA
Tratamientos: NA
Evolución: NA
Alimentación: NA
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ °C
Pulso: FILC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: _____ Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente en condiciones normales sin alteraciones visibles

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERE...

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Yo Alvaro A... que he sido infor... cuidados post a...

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

Se realiza ATH en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	1 ml	SC	UD
Meloxicam	0,2 mg/kg	1 ml	SC	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional

Powered by CamScanner

#2098

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Miguel Angel Castro identificado con numero de cedula N° 10144541. Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Michu. la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 11 de Oct. del 2024

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

Propietario/acudiente:
CC: 10.144.541

Además, me han explicado y entiendo como riesgos especificos para

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

Nombre del TUTOR
CC: 10.144.541

Firma Miguel A Castro

HC # 2097
HC #2098

Powered by CamScanner

MIGUEL ANGEL CA
VIA ALCALA- SECT B

TABARES
LOTE DE TERRENO CASA

01-01-026-1456

1 PERENNIA Residencial

19174Y0000 -39.39

0 32 0035

10SEP2024
0

15OCT2024

10125700

MUNICIPIO DE

11000673	MER	20314	10953	331	1	331	159		

211.9713	57.1421	57.0023	11.3038	294.5454	98.2119	848.2198

DIUGJ.n.q 55
DIUu.le 36
DIUu.JUL m 5
VC .00

237,105

001 Consumo Activo
061 Subsidio

Este

8.180004237-1

116-606-34204541
57 EX

579870

2097

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Miguel Angel Castro identificado con numero de cedula N° 10144541 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Tigra la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 22 de Oct del 2021

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

Propietario/acudiente:
CC: 10.144.541

Powered by CamScanner

#2097

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Miguel Angel Castro identificado con cédula de ciudadanía número 10149541 de Pereira en calidad de tutor de Tara, de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Tara puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 22 de Oct del 2019

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

Propietario/acudiente
CC: 10.144.541

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

3148954320
#2097

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 22/oct 24.

Yo Miguel Angel. Castro **Identificado con CC:** 10.149.341
con Dirección: set Betulia via Alcala **; Tutor de** Tiara
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 6 meses
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA** y que podrian generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

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

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

Nombre del TUTOR _____ **Firma** _____
CC: 10.149.341

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO

No. Historia Clínica: 2097

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Miguel Angel. Documento de identidad: 10144541
Dirección: tres esquinas Teléfono: 3148954320
Correo Electrónico: —

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Tiava Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Canino
Fecha de Nacimiento: 6 meses Color: _____ Peso: 7 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): NA
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): NA
Enfermedades Anteriores: NA
Tratamientos: NA
Evolución: NA
Alimentación: NA
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ 0 C
Pulso: FILC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: _____ Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente en condiciones normales sin alteraciones fisiologicas.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFEREN...

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:
Rayos X:
Ecografía:
Cuadro Hemático:
Frotis (raspado piel):
Coprológico:
Endoscopia:
ECG:
EEG:
Parcial de Orina:
Coproscópico:
Cultivos:
Antibiograma:
Biopsia:
Otros:

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se realiza ATT en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	1 mg	SC	UD
Meloxicam	0,2 mg/kg	1 mg	SC	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

#2098

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Miguel Angel Castro identificado con numero de cedula N° 10144454 41. Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Micho. la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 22 de Oct. del 20 24

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

Propietario/acudiente:
CC: 10.144.841

Powered by CamScanner

#2098

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Miguel Angel Castro. identificado con cédula de ciudadanía número 10.142.541 de Pereira. en calidad de tutor de Micho., de especie Felino., raza Mestiza e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Micho puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 12 de Oct del 2014

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

*

Propietario/acudiente

CC: 10.142.541

Powered by CamScanner

PEREIRA VETERINARIO

Celular 3148954370.

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

#7098

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 22/oct/24.

Yo Miguel Angel Castro **Identificado con CC:** 10144541
con Dirección: Los Esquinos ; **Tutor de** Nicho
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 2 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA X en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DEHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA** y que podrían generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

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

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

Nombre del TUTOR _____ **Firma** Miguel A Castro
CC: 10.144.541

Powered by CamScanner

UTP PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO No. Historia Clínica: 2098

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Miguel Angel Castro Documento de identidad: 10144541
Dirección: Vda alcala - Sect Belula Teléfono: 314.8934370.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Michu Sexo: M__ F X Raza: Mestiz Especie: Felino.
Fecha de Nacimiento: _____ Color: _____ Peso: 4 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): NA
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): NA
Enfermedades Anteriores: NA
Tratamientos: NA
Evolución: NA
Alimentación: NA
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado __
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ °C
Pulso: FUC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: RtB Actitud y Temperamento: Letárgico __;
Estuporoso __; Comatoso __, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente en condiciones normales sin alteraciones fisiológicas.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.133.306**

RODAS

APELLIDOS

MARLENY

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-JUL-1972**

LA MERCED
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-JUN-1997 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00163770-F-0042133306-20090722 0013707370A 1 4530013975

Powered by CamScanner

A.C.S. Acueducto Cestillal-El Diamante E.S.P.

Nit.: 816.003.887-1 Nuir: 1 44001001-1

Dirección: Altagracia Cs 82 Teléfonos: 329179 - 329400 - Fax: 329449

Pag. WEB: www.acueductocestillaldiamante.com.co - e mail: acueductocestillal@gmail.com

"ACUCESDI" Una nueva visión empresarial

Lectura Nuevo: 2981 | Fecha: D 10 M 4 | Nombre del Fontanero:

Celular: 311 730 8726

Fecha Impresion: 30/06/2024 04:46:38p. m.

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Nombre: RODAS MARLENY

Dirección: V CESTILLAL CGTO ARABIA-

Clase de uso: Residencial

Código Suscriptor: 11223

Ruta: 04275-2350

Estrato: Bajo bajo (1)

Factura de Venta de Servicios Públicos

No. 593922

Fecha de Facturación: 30/06/2024

Facturación Desde: 01/03/2024 Hasta: 30/04/2024

Fecha máxima sin Recargo: 15/07/2024

Total a Pagar: $43,500

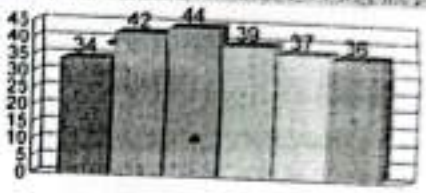
LIQUIDACIÓN DE ACUEDUCTO

No. de Medidor	Lectura Actual	Lectura Anterior	Concepto de Lectura
10-105833	2,950	2,914	

Tasas de Interés: Mora 2.00 | Financiación 0.00

Ultimo Pago: Fecha 21/05/2024 | Valor 45,700.00

Facturas Pendientes: 1



Consumo Actual: 36 | Consumo Promedio: 40

NOTAS

POR EXIGENCIAS DE LA DIAN SE REQUIERE EFECTUAR FACTURACIÓN ELECTRÓNICA; ES NECESARIO NOS SUMINISTREN EL CORREO ELECTRÓNICO VIA WHATSAPP AL 3117308726.

DETALLE DE CARGOS FACTURADOS

NOMBRE DEL CARGO	DESCRIPCION DETALLADA		VALOR ANTERIOR	VALOR ACTUAL
CARGO FIJO ESTRATO 1	1.00			24,782.00
SUBSIDIO CARGO FIJO ESTRATO 1	1.00	24,782.00		-17,149.00
CONSUMO BASICO ESTRATO 1	26.00	-17,149.00		51,766.00
CONSUMO COMPLEMENTARIO ESTRATO 1	10.00	1,991.00		19,910.00
SUBSIDIO CONSUMO BASICO ESTRATO 1	26.00	1,991.00		-35,829.00
AJUSTE AL PESO	1.00	-1,378.00		19.00
		19.00		
Notas Credito y/o Anticipos			0	
Saldo de Factura(s) anterior(es)			0	
% I.V.A mano de obra y/o materiales				0.00
		TOTALES	0.00	43,500

NOTAS

Costo medio de administración CMA ..... $ 24.782

Costo medio de operación CMO $1.991

Impreso por Acucesdi 816.003.887-1 software Geminus nit 816.006.631-0

Samuel Correa Tobón
Firma Representante Legal

TOTAL A PAGAR: $43,500

Powered by CamScanner

#2111

3113036875

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Marleny Rodas identificado con numero de cedula N° 42133306 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado TITA la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

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

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

Marleny Rodas

Propietario/acudiente:
CC: 42133306

Powered by CamScanner

#2111

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Marleny Rodas identificado con cédula de ciudadanía número 42133306 de Pereira en calidad de tutor de Tita, de especie felino, raza Mestizo. e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Tita puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 12 de octubre del 2024

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

Marleny Rodas

Propietario/acudiente

CC: 42133306

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

#2111

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 22/10/2024

Yo Marleny Rodas **Identificado con CC:** 42133306
con Dirección: la estrella **;Tutor de** Tita
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 11 meses
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA** y que podrian generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos especificos para Tita

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

Nombre del TUTOR Marleny Rodas **Firma** Marleny Roda
CC: 42 133306

Powered by CamScanner

22110129 | UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 2111

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Harleny Rodas Documento de identidad: 42133306
Dirección: la selva Teléfono: 3205769431
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Tita Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: felino
Fecha de Nacimiento: 11 meses Color: _____ Peso: 4,5 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): NA
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): NA
Enfermedades Anteriores: NA
Tratamientos: NA
Evolución: NA
Alimentación: NA
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: ____ /rpm F. Cardiaca: ____ /lpm Temperatura: ____ °C
Pulso: FUC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente en condiciones normales sin alteraciones fisiológicas

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

se realiza cirt en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	iny	SC	UD
Meloxicam	0,2 mg/kg	iny	SC	UD

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

3776539399

#2099

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Gustavo loaiza identificado con numero de cedula N° 1115071959 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Kiara la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

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

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

GUSTOVO LOAIZA

Propietario/acudiente:
CC: 1115071959

Powered by CamScanner

2099

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Gustavo Loaiza identificado con cédula de ciudadanía número 1115077959 de _____ en calidad de tutor de Kiaro, de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Kiara puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

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

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

Gustavo Loaiza

Propietario/acudiente

CC: 1115071959

Powered by CamScanner

22/10/2024 — UNIVERSIDAD PEREIRA — HOSPITAL VETERINARIO — No. Historia Clínica: 2099

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Gustavo Loaiza — Documento de identidad: 1 11 507 1959
Dirección: La Selva — Teléfono: 3176539399
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Kiara — Sexo: M __ F X — Raza: Mestiza — Especie: Canina
Fecha de Nacimiento: 3 años — Color: _____ — Peso: 12 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: NA
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: NA
Enfermedades Anteriores: NA
Tratamientos: NA
Evolución: NA
Alimentación: NA
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado __
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ °C
Pulso: FILC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: PHB Actitud y Temperamento: Letárgico __;
Estuporoso __; Comatoso __. Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente en condiciones normales. sin alteraciones fisiológicas

Powered by CamScanner

FORM
DE

Ciudad: Pere

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIF

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:
Rayos X:
Ecografía:
Cuadro Hemático:
Frotis (raspado piel):

Coprológico:
Endoscopia:
ECG:
EEG:
Parcial de Orina:

Coproscópico:
Cultivos:
Antibiograma:
Biopsia:
Otros:

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se realiza OVH en jornada de esterilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Ketamina	15 mg/kg	iny	SC	UD
Midazolam	0,2 mg/kg	iny	SC	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

2099

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 22/10/24.

Yo Gustavo Loaiza. **Identificado con CC:** 1115071959
con Dirección: la selva ; **Tutor de** Kiara
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 3 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA** y que podrian generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

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

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

Nombre del TUTOR Gustavo Loaiza **Firma** Gustavo Loaiza
CC: 1115071959

Powered by CamScanner

#2100

3176539399

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Gustavo Loaiza identificado con numero de cedula N° 1115071959 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Lulu la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

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

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

Gustavo Loaiza

Propietario/acudiente:

CC: 1115071959

Powered by CamScanner

...IENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL #2100

Yo Gustavo Loaiza identificado con cédula de ciudadanía número 1115071959 de _____ en calidad de tutor de Lulu, de especie Felino, raza _____ e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, _____ puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

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

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

X Gustavo Loaiza

Propietario/acudiente

CC: 1115071959

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO #2100

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 22/10/24

Yo Gustavo Loaiza **Identificado con CC:** 1115071959
con Dirección: Selva ; **Tutor de** Lulu.
Especie Felino **Raza** Mestiz **Sexo:** Hembra **Edad** 4 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento ORQUIECTOMIA OVARIOHISTERECTOMIA en el cual SE REALIZA LA EXTIRPACION COMPLETA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

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

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

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

Nombre del TUTOR Gustavo Loaiza **Firma** Gustavo Loaiza
CC: 1115071959

Powered by CamScanner

Universidad de PEREIRA | Hospital Clínico VETERINARIO

#2100
No. Historia Clínica: 200

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Gustavo Loaiza Documento de identidad: 1115071959
Dirección: La Selva Teléfono: 317 6539391
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Lulu Sexo: M ___ F X Raza: Mestizo Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 4 años Color: _____ Peso: 3,5 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): NA
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): NA
Enfermedades Anteriores: NA
Tratamientos: NA
Evolución: NA
Alimentación: NA
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: _____ /rpm F. Cardiaca: _____ /lpm Temperatura: _____ °C
Pulso: FUC Tiempo Llenado Capilar: 2 seg Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: RHB Actitud y Temperamento: Letárgico ___:
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: Paciente en condiciones normales sin alteraciones patológicas.

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

Se realiza alta en jornada de estabilización

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Amoxicilina	15 mg/kg	iny	sc	UD
Meloxicam	0,2 mg/kg	iny	sc	UD

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

JORNADA DE ESTERILIZACION LA PALMILLA									
No.	NOMBRE PROPIETARIO	CEDULA	TELEFONO	DIRECCION	NOMBRE MASCOTA	GATO	PERRO	MACHO	HEMBRA
1	MIGUEL ANGEL CASTRO	10144541	3148954320	SECTOR TRES ESQUINAS	MICHU	X		X	
2	~~JAVIER PEÑALOSA~~ - Miguel Angel	1096646044	3117905915	VEREDA LA SELVA	TONY		X	X	
3	JAVIER PEÑALOSA - Recibo.	1096646044	3117905915	VEREDA LA SELVA	MARA		X		X
4	SHERALYN HERRERA	6363816	3115647267	VEREDA LA SELVA	LULU	X		X	
5	MARLENY RODAS	42133306		VEREDA CESTILLAL	TITA		X	X	
6	GUSTAVO LOAIZA	1115071959		VEREDA LA SELVA	LULU	X		X	
7	GUSTAVO LOAIZA	1115071959		VEREDA LA SELVA	KIARA		X		X
8	~~GUSTAVO LOAIZA~~	~~1115071959~~		~~VEREDA LA SELVA~~	~~CAPITAN~~	X		X	
9	MONICA BERMUDEZ CARDONA	1088294573	3105955390	VEREDA LA SELVA	CHISPAS	X			X
10	MONICA ANDREA MARTINEZ GIRALDO	1088242560		VEREDA LA SELVA	LUKY	X		X	
11	JESICA MARTINEZ Recibo CC	1004717120		VEREDA LA SELVA	LUPE	X		X	
12	GLORIA EGUDENIA MESA AGUDELO	43737524		VEREDA LA SELVA	IRIS	X		X	
13	CARLOS HERNAN VILLEGAS ARICILA	10108228		VEREDA LA SELVA	PRINCESA		X		X
14	JOSE MARTINEZ Recibo	4374909		VEREDA LA SELVA	GITANA		X	X	
15	JOSE MARTINEZ Recibo	4374909		VEREDA LA SELVA	KATIA		X	X	
16	CARLOS MARIO ALVAREZ RANGEL	1004519943		VEREDA LA SELVA	VALKIRIA	X	X	X	
17	CARLOS MARIO ALVAREZ RANGEL Recibo	1004519943		VEREDA LA SELVA	ALANA		X	X	
18	EDUARDO VALENCIA	10136680		VEREDA LA SELVA	CHUCHO		X		
19	ANA MILENA TORRES Completo	11088292367		VEREDA EL AGUACATE	ZORRO			X	
20	LEIDY JOHANA GALINDEZ	42162095		VEREDA LA ESTRELLA	COY		X		
21	LEIDY JOHANA GALINDEZ	42462995		VEREDA LA ESTRELLA	BB		X	X	X
22	SANDRA MILENA RESTREPO DURANGO	3017723671		VEREDA LA ESTRELLA	SIMON		X	X	
23	JONATAN ORTIZ SANCHEZ	3115190789		VEREDA LA PALMILLA	COOPER		X		X
24	~~ADRIANA ESPERANZA RESTREPO~~	24549353	3208140527	VEREDA LA PALMILLA	NIÑA	X			X
25	~~ADRIANA ESPERANZA RESTREPO~~	24549353		VEREDA LA PALMILLA	TITA	X			X

- Miguel Angel castro. Cambio con Javier.
- Hilton Andersun Orozco. Cambio con Gustavo loaiza.
- Amelia Rosa Correa Cambio. Adriana esperanza.

Powered by CamScanner




D MÓVIL
ANIMAL


DMÓVIL
TAR ANIMAL

1.6.3 ESTERILIZACION
24 DE OCTUBRE
COMBIA BAJA

2229

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Ana Milena Hernandez identificado con cédula de ciudadanía número 38.875.848 de Buga en calidad de tutor de Calvin, de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Calvin. puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

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

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

Ana Milena Hernandez

Propietario/acudiente

CC: 38'875.848

Powered by CamScanner

2229

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24/10/19

Yo Ana Milena Hernandez **Identificado con CC:** 38875848
con Dirección: Vda San Luis Combeima; **Tutor de** Calvin.
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho **Edad** 7 meses
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Esterilizacion

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

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

Nombre del TUTOR Ana milena Hernandez **Firma** _____
CC: 38'875.848

Powered by CamScanner

Fecha: 24/01/24 PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: 2229

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Ana milena Hernandez Documento de identidad: 3EE75 EUB
Dirección: Cerrito alta Teléfono: 3203204618
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Calvin Sexo: M X F ___ Raza: DPC Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 7 meses Color: Blanco Peso: 3.5 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): NR
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): NR
Enfermedades Anteriores: NR
Tratamientos: NR
Evolución: NR
Alimentación: concentrado
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

esterilizacion

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 39 /rpm F. Cardiaca: 160 /lpm Temperatura: 39 °C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: RIHIB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
CMTRO1	15MG/KG	INYECTABLE	SC	DC
MELOXICAM	0,2MG/KG	INYECTABLE	SC	DC

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

EMPRESA DE ENERGIA DE PEREIRA
NIT 816.002.019-9
PUNTO DE PAGO: TORRE C. H. ADICIONA
DIRECCION: Edif. Torre Central
Fecha: 24/09/2024 02:54:18 p.m. 14:56
Trans: 14[illegible]1078 Id: 0190798272123
Cajero: (4078) ANA ALEJANDRA ZAPATA GRU
OM-018/2019 P: E

EMPRESA FACTURA VALOR
EMPRESA DE ENER 0079827212 $52.760

TOTAL REGISTROS: 1
TOTAL: $ 52.760,00

CONSERVE SU TICKET PARA REALIZAR CUALQUIER RECLAMO
GRACIAS POR SU PAGO

...CIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA

Ciclo: 64
Ruta: 2
NT: 1

MATRÍCULA → 798272

Fecha de Emisión: 16/AGO/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 27/AGO/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59762519

ASEO:	0
ALUMBRADO:	4,320
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	4,320
ENERGÍA:	20,456
TOTAL	$24,776

MUNICIPIO DE PEREIRA

CONSUMO

Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	46	40,724	30
MAR	41	36,595	30
ABR	40	38,616	30
MAY	42	38,717	31
JUN	45	45,872	31
JUL	47	39,128	32

FEB MAR ABR MAY JUN JUL

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en kilowatios
Activa	6033332	KRI	22586	22546	40	1	40	44	
Reactiva									

Periodo facturado: 16/JUL/2024 - 16/AGO/2024 Días Facturados: 30 Clase: Sector:
Valor kWh: 638.3899 Tarifa a mes de: JUL-2024 Tipo de factor: CLT Comercial Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0 130	40	638.3899	33,456	-13,000	20,456

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

Gx	Gt	Gm	Gr	Gd	Gc	Cu
306.9361	55.9324	55.8662	27.0710	295.0650	95.5192	836.3899

Los siguientes valores son informativos, no están incluidos dentro de la factura

Int. Mora ,50 Vr. suspensión Vr. reconexión 65,669 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto | Valor financiado | Deuda actual | Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q	55	FIUGj,n,q	28
DIUu,te	72	FIUu,te	35
DIUu,n,q,m	10	FIUu,n,q,m	3
VC .00			

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira S.A.E.S.P. $6,087 Fecha P 23/JUL/2024
Efectivo
Valor en Reclamación Próximo

ENERGÍA 20,456

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	33,456	33,456
561	Subsidio	0	-13,000	-13,000

ALUMBRADO PÚBLICO

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira	4,320	4,320

Responsable del Alumbrado Público: Pereira Nit: 891.480.030-7
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2008
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-05 Pal Torre Central, local 154 Pereira

OTRAS EMPRESAS

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 0

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.
Nit. 901.133.107-5

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: - Barrido: 2
Frecuencia Corte: (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): .044 Uso Aseo: RESIDENCI

Tarifa últimos 6 meses

	1	2	3	4	5	6

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

Componentes Tarifarios
TBL: 5844.33
TRT: 6156.2
TDF:
TC:
TA:
TTL:
TLA:
% SUB/CON: -40.00%

Valor financiado 0 Unidades independientes: Tasa: 0 Cuenta Pendiente:
Periodo Facturado JUL/2024 Ult. Pago y Fec. $6,087 P 23/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)
Aprovechables (TRA):
No aprovechables (TRNA):

Residuos del periodo (ton)	Información de Liquidación
Ordinarios:	Costo Fijo:
Barrido y Limpieza:	Costo Variable No Aprovechable:
Limpieza urbanos:	Costo Variable Aprovechable (VBA):
Rechazados:	

Resolución CREG 105 007 de 2024

VALOR A PAGAR
Pago SIN AP y Terceros $20,456

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-MAY-1971

NOGALES
BUGA (VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

30-JUN-1992 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00202218-F-0038875848-20091207 0018773034A 1 4530114222

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.875.848
HERNANDEZ GUAPACHA
APELLIDOS
ANA MILENA
NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner

2226

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Luz Piedad Quintero toro identificado con cédula de ciudadanía número 24764549 de Marsella. en calidad de tutor de Estrella, de especie canino, raza Pinscher e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Estrella puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de octubre del 2024

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

Luz Piedad Quintero

Propietario/acudiente

CC: 24764549 M.

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

2226

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24/10/2024

Yo Luz Piedad Quintero T. **Identificado con CC:** 24764549
con Dirección: la convencion ; **Tutor de** Estrella
Especie Canino **Raza** Anscher **Sexo:** Hembra **Edad** 2 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Estrella

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

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

Nombre del TUTOR **Firma**
CC: 24764549 Luz Piedad Quintero Luz Piedad Q

Powered by CamScanner

Fecha: 24/10/24 PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: 2226

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Luz Pedro Ramirez Documento de identidad: 24764549
Dirección: 10 concorde Teléfono: 3156005220
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Estrella Sexo: M__ F X Raza: Pinscher Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 2 años Color: blanco Peso: 2.5kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): N/R
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): N/R
Enfermedades Anteriores: N/R
Tratamientos: N/R
Evolución: N/R
Alimentación: N/R
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado__
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilizacion

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 39 °C
Pulso: PLC Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico__;
Estuporoso__; Comatoso __; Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE	Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N	7. Sistema Digestivo	N
2. Estado de Hidratación	N	8. S. Respiratorio	N
3. Sistema Tegumentario	N	9. S. Nervioso	N
4. Ojos	N	10. S. Musculoesquelético	N
5. Oídos	N	11. S. Cardiovascular	N
6. Nariz	N	12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Quimica Sanguinea:____
Rayos X:____
Ecografia:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____
Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____
Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
meloxicam	0,2mg/kg	inyectable	sc	DU
enrofloxacina	5mg/kg	inyectable	sc	DU

_____

Médico Veterinario:
Matricula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.764.549

QUINTERO TORO
APELLIDOS

LUZ PIEDAD
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-SEP-1968
MARSELLA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

A+
G.S RH

F
SEXO

25-NOV-1986 MARSELLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-2400100-54112591-F-0024764549-20030823 00123

Powered by CamScanner

...NTE ELECTRÓNICO PARA SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

RODRIGUEZ ELORZA JORGE IVAN
V. ORIENTAL - LA CONVENCION JAIME ROJAS ESQUI

Ref: 01-01-021-2450 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 64
Transformador: 10159C0000 Contribución: % Subsidio: -38.86 Estrato: 2
Carga contratada (KW) 0 Grupo calidad: 32 Circuito: 0026 NIT: 1

MATRÍCULA >>> 742965

Fecha de Emisión: 16/AGO/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 27/AGO/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 59760124

ASEO:	0
ALUMBRADO:	4,320
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	4.320
ENERGÍA:	70,664
TOTAL	$74,984

MUNICIPIO DE PEREIRA

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en [Kw - Hora]



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	146	129,253	30
MAR	148	131,774	30
ABR	151	136,226	30
MAY	125	115,231	31
JUN	142	132,938	31
JUL	151	125,706	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	6677213828	MER	18528	18393	135	1	135	144	
Reactiva									

Periodo facturado: 15/JUL/2024 - 14/AGO/2024 Días facturados: 31 Observación:
Valor kWh: 836.3899 Tarifa a mes de: JUL-2024 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	836.3899	108,731	-42,249	66,482
>130	5	836.3899	4,182		4,182

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación + (T) Transmisión + (Pr) Pérdidas + (R) Restricciones + (D) Distribución + (C) Comercialización = (CU) Costo kWh

G	T	Pr	R	D	C	CU
306.9361	55.9324	55.8662	27.0710	295.0650	95.5192	836.3899

Los siguientes valores son informativos, no están incluidos dentro de la factura

Int. Mora .50 Vr. suspensión - Vr. reconexión 48,860 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 55 FIUGj,n,q 28
DIUu,te 77 FIUu,te 40
DIUu,n,q,m 4 FIUu,n,q,m ?
VC .00

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A.E.S.P.

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 88,070 Fecha P 21/JUL/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 70,664

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	112,913	112,913
561	Subsidio	0	-42,249	-42,249

ALUMBRADO PÚBLICO 4.320

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
569	Alumbrado Publico Pereira	4.320	4.320

Responsable del Alumbrado Público: Pereira NIT: 891 480 035-2
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2008
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-05 Ed Torre Central local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 0

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.
Nit. 900.133.107-5

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: - Barrido: 2
Frecuencia Corte: (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): 068 Uso Aseo: RESIDENCI

Tarifa últimos 6 meses

1	2	3	4	5	6

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

Componentes Tarifarios

TBL:	6400.99
TRT:	6022.88
TDP:	
TC:	
TA:	
TTL:	
TLU:	
% SUB/CON:	-38.40%

Valor Financiado 0 Unidades Independientes Res. 1
Periodo Facturado JUL/2024 Ult. Pago y Fec. 88.070 P 21/JUL/2024 Cuotas Pendientes

Cantidad de Residuos (ton)
Aprovechables (TRA):
No aprovechables (TRNA):

Residuos del periodo (ton)	Información de Liquidación
Ordinarios:	Costo Fijo:
Barrido y Limpieza:	Costo Variable No Aprovechable:
Limpieza urbanos:	Costo Variable Aprovechable (VBA):
Rechazados:	

Resolución CREG 105 007 de 2024

energía DE PEREIRA
Nit. 816.002.019-9
www.eep.com.co
Matrícula
742965

VALOR A PAGAR:

Pago SIN AP y Terceros $70,664

Pago total factura $74,984

Powered by CamScanner

2235

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo José Miguel Arteaga. identificado con cédula de ciudadanía número 14252106 de Pereira. en calidad de tutor de Luna, de especie Canina, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Luna puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 29 de Oct del 20 24

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

Propietario/acudiente
CC: 14252106

Powered by CamScanner

2235

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24/10/21

Yo Jose Miguel Arteaga **Identificado con CC:** 14252106
con Dirección: Vda el Convenio. ; **Tutor de** Luna.
Especie Canino **Raza** Mestiza **Sexo:** Hembra **Edad** 1año 4 medio
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Esterilizacion

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

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

Nombre del TUTOR
CC: 14252100

Firma

Powered by CamScanner

Fecha: _____ PEREIRA VETERINARIO No. Historia Clínica: 2235

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jose miguel Arteaga Documento de identidad: 14252106
Dirección: _____ Teléfono: 3137982039
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: luna Sexo: M ___ F X Raza: mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 1 año Color: gris Peso: 9 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): NIR
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): NIR
Enfermedades Anteriores: NIR
Tratamientos: NIR
Evolución: NIR
Alimentación: NIR
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

esterilizacion

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 30 /rpm F. Cardiaca: 115 /lpm Temperatura: 38 °C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 2 Ganglios Linfáticos: no reactivos
Mucosas: rosadas humedas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN; anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Quimica Sanguinea:____
Rayos X:____
Ecografia:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Meloxicam	0,2mg/kg	inyectable	SC	0c
control	5mg/kg	inyectable	SC	DU

_____

Médico Veterinario:
Matricula Profesional:

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **14.252.106**

ARTEAGA

APELLIDOS

JOSE MIGUEL

NOMBRES



FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-JUL-1975**

MELGAR
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-JUN-1994 MELGAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00351706-M-0014252106-20111222 0028725039A 1 1211641409

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

RAMA ANTONIO
DA LA CONVENCION VIA LA ORIENTAL FINCA LA ME

Ruta 01-01-021-2060 Municipio 1 PEREIRA Servicio Residencial Ciclo 64
Transformador 30199C0000 Estrato 2
Carga contratada (KW) .5 Grupo calidad 32 Circuito 0026 NE 1

MATRICULA 2016142
Fecha de Emisión: 16/SEP/2024
Facturas Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 25/SEP/2024
Me quedo sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 60027059

ASEO	22,381
ALUMBRADO	4,320
OTRAS EMPRESAS	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	26,701
ENERGÍA	119,205
TOTAL	$145,906

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en [Kw - Hora]
215 183 181 185 173 179 162 186

Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
MAR	215	191,429	30
ABR	183	167,519	30
MAY	181	166,854	31
JUN	185	173,104	31
JUL	173	144,023	31
AGO	179	149,714	31



	Numero	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	100122639	MER	24707	24515	192	1	192	186	
Reactiva									

Periodo facturado: 15/AGO/2024 - 13/SEP/2024 Días facturados: 30 Observación:
Valor kWh: 848.2198 Tarifa a mes de: AGO-2024 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	130	848.2198	110,269	-43,653	66,616
>130	62	848.2198	52,590		52,590

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación	+ (T) Transmisión	+ (PR) Pérdidas	+ (R) Restricciones	+ (D) Distribución	+ (C) Comercialización	= (CU) Costo un.
311.9303	57.1421	57.0023	31.3838	294.5494	96.2119	848.2198

Los siguientes valores son informativos, no están incluidos dentro de la factura

Int. Mora .50 Vr. suspensión Vr. reconexión 48,860 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q 55 FIUGj,n,q 28
DIUu,te .69 FIUu,te 39
DIUu,n,q,m 1 FIUu,n,q,m 2
VC .00

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A.S.E.S.P.

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 135,390 Fecha P 27/AGO/2024
Otros
Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 119,205

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
001	Consumo Activa	0	162,858	162,858
561	Subsidio		-43,653	-43,653

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO 4,320

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
367	Alumbrado Publico Pereira	4,320	4,320

Responsable del Alumbrado Público: Pereira NIT: 891.480.030-3
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2008
Oficina de atención al ciudadano: CRA 13 17-08 Ed Torre Central local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS 0

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 22,381

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.
Nit. 900.133.107-5

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: 0 - Barridos: 2
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): 1 Uso Aseo: RESID-EST

Tarifa últimos 6 meses

1	23990	1	23990	1	23990	1	24080	1	24080	1	23990

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	23.859	23.859
858	C V Aprovechamiento	0	166	166
939	Cargo Variable	0	12.286	12.286
999	Subsidio Aseo	0	-13.952	-13.952

Componentes Tarifarios

TBL:	15881.95
TRT:	8549.55
TDF:	3058.707
TC:	3924.74
TA:	165.747
TTL:	679.343
TLU:	4252.11
% SUB/CON:	38.40%

Valor financiado 0 Unidades independientes Rec:1
Periodo Facturado AGO/2024 Ult. Pago y Fec. 135,390 P 27/AGO/2024

	Jun	Jul	Aug
Cantidad de Residuos (ton)			
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA):	.069	.069	.069

Residuos del periodo (ton)

Ordinarios:	.001
Barrido y Limpieza:	.009
Limpieza urbanos:	.001
Rechazados:	0

Información de Liquidación

Costo Fijo:	
Costo Variable No Aprovechable:	185.747
Costo Variable Aprovechable (VBA):	13287.586

GERENTE

Resolución CRG 105 001 de 2024

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL 2775

Yo Nelly Martinez identificada con cédula de ciudadanía número 29 2[illegible]914 de Bogotá en calidad de tutor de Nala, de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número ____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Nala puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentra en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

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

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

Nelly Martinez

Propietario/acudiente

CC:

Powered by CamScanner

2225

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Nelly Martinez identificado con numero de cedula Nº 25274961 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Nissi. la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

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

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

Nelly Martínez

Propietario/acudiente:
CC:

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

2225

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24/10/24

Yo Nelly Martinez **Identificado con CC:** 792749141.
con Dirección: Ciudad de cartuja la conbenza **Tutor de** Missy
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra. **Edad** 1 año y medio
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Esterilizacion.

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

En constancia que Missy ha sido valorado/a, qué yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** David Guarnizo **con matrícula profesional No** 31603, **la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR **Firma**
CC:
Nelly Martinez

Powered by CamScanner

Fecha: 24/10/24 | UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA | HOSPITAL VETERINARIO | No. Historia Clínica: 2225

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Nelly martinez Documento de identidad: 29234914
Dirección: la concepcion Teléfono: 3163608903
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: missy Sexo: M ___ F X Raza: DOC Especie: FELINO
Fecha de Nacimiento: 1 año Color: CAFE Peso: 3,5 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): N/R
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): N/R
Enfermedades Anteriores: N/R
Tratamientos: N/R
Evolución: N/R
Alimentación: N/R
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

esterilizacion

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 39 /rpm F. Cardiaca: 110 /lpm Temperatura: 39 °C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: NO REACTILES
Mucosas: ROSADAS Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Quimica Sanguinea:____
Rayos X:____
Ecografia:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
MOCMCAM	0,2 MG/KG	INYECTABLE	SC	DC
CAIRA	15 MG/KG	INYECTABLE	SC	DC

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

#2224

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Ana Maria Alvaran identificado con numero de cedula N° 1088336006 Declaro que he sido Informad@ que una vez me sea entregado Nona la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Oct del 20 25

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

Ana Maria Alvaran

Propietario/acudiente:
CC: 1088336006

Powered by CamScanner

#2224

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Ana Maria Alvaran. identificado con cédula de ciudadanía número 1088336006 de Pereira. en calidad de tutor de Mona, de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Mona puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Oct del 2024

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

Ana maria Alvaran

Propietario/acudiente
CC: 1088336006

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

#2224

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24/10/24.

Yo Ana Maria Alvarez **Identificado con CC:** 1088336006
con Dirección: Vda San Vicente. **; Tutor de** Mona
Especie Felino **Raza** Mestiza **Sexo:** Hembra **Edad** _____
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Esterilizacion

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

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

Nombre del TUTOR
CC: 1088336006
Ana Maria Alvarez

Firma

Powered by CamScanner

Fecha: 24/10/24 | Universidad de PEREIRA | Hospital VETERINARIO | No. Historia Clínica: 2224

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Ana maria Alzate V Documento de identidad: 1088336006
Dirección: v. de San Vicente Teléfono: 312 657 4220.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Mona Sexo: M ___ F X Raza: DPC Especie: porc
Fecha de Nacimiento: 4 años Color: negro Peso: 4kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): NIP
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): NIP
Enfermedades Anteriores: NIP
Tratamientos: NIP
Evolución: NIP
Alimentación: NIP
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilizacion

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 39 /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: 39 °C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
meloxicam	0,2 mg/kg	inyectable	sc	dc
enrofloxacina	15mg/kg	inyectable	sc	dc

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

#2224

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Ana Maria Alvaran identificado con numero de cedula N° 1088336006 Declaro que he sido Informad@ que una vez me sea entregado Nona la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Oct del 20 25

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

Ana Maria Alvaran

Propietario/acudiente:
CC: 1088336006

Powered by CamScanner

#2224

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Ana Maria Alvaran. identificado con cédula de ciudadanía número 1088336006 de Pereira. en calidad de tutor de Mona, de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Mona puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Oct del 2024

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

Ana maria Alvaran

Propietario/acudiente
CC: 1088336006

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

#2224

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24/10/24.

Yo Ana Maria Alvarez **Identificado con CC:** 1088336006
con Dirección: Vda San Vicente. **; Tutor de** Mona
Especie Felino **Raza** Mestiza **Sexo:** Hembra **Edad** _____
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Esterilizacion

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

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

Nombre del TUTOR
CC: 1088336006
Ana Maria Alvarez

Firma

Powered by CamScanner

Fecha: 24/10/24 | Universidad de PEREIRA | Hospital VETERINARIO | No. Historia Clínica: 2224

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Ana maria Alzate V Documento de identidad: 1088336006
Dirección: v. de San Vicente Teléfono: 312 657 4220.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Mona Sexo: M ___ F X Raza: DPC Especie: porc
Fecha de Nacimiento: 4 años Color: negro Peso: 4kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): NIP
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): NIP
Enfermedades Anteriores: NIP
Tratamientos: NIP
Evolución: NIP
Alimentación: NIP
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilizacion

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 39 /rpm F. Cardiaca: 100 /lpm Temperatura: 39 °C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
meloxicam	0,2 mg/kg	inyectable	sc	dc
enrofloxacina	15mg/kg	inyectable	sc	dc

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

2230

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Luz Amparo identificado con numero de cedula N° A2.065668 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Monty. la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 19 de oct del 20 21

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

Leopard B

Propietario/acudiente:
CC: A2065668

Powered by CamScanner

2230

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Amparo Benavidez identificado con cédula de ciudadanía número 42 065 668 de Pereira en calidad de tutor de Monty., de especie Canino, raza Mestiza e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Monty puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de oct del 2024

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

Amparo B K

Propietario/acudiente

CC: 42 065668

Powered by CamScanner

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y Hora: 24/10/24

Yo Amparo Bermudez Identificado con CC: 42065668
con Dirección: La conversion ; Tutor de Monty.
Especie canino Raza Mestizo Sexo: Macho Edad 2años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Esterilización

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

En constancia que Monty ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** David Gutierrez con matrícula profesional No 3607, **la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR
CC: 42065668 Amparo B

Firma _____

Powered by CamScanner

Fecha: 24/10/24 | No. Historia Clínica: 2230

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Luz Amparo | Documento de identidad: 42065668
Dirección: la Concordia | Teléfono: 3206739451.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Monty | Sexo: M X F ___ | Raza: Mestizo | Especie: Canina
Fecha de Nacimiento: 2 años | Color: negro | Peso: 15 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): N/A
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): N/A
Enfermedades Anteriores: N/A
Tratamientos: N/A
Evolución: N/A
Alimentación: N/A
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

esterilizacion

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 38 °C
Pulso: PLC Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: R/H rB Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Ketoral	9,5	inyectable	SC	DU
Meloxicam	0,2	inyectable	SC	DU

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

DATOS TÉCNICOS

VIA ORIENTAL- COMBIA LA CONVENCIO FINCAS L

01-01-021-0300 Municipio: 1 PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 64

Nomenclatura: 10151X0000 Contribución: Subsidio: -50.00 Estrato: 2

Carga contratada (KW): 0 Grupo calidad: 32 Circuito: 0026 Ruta: 1

MATRÍCULA 364174

Fecha de Emisión: 15/JUN/2022

Facturas Vencidas: 0

Tengo plazo para pagar hasta: 28/JUN/2022

Me quedo sin servicio desde:

Documento equivalente a la factura: 53101503

ASEO:	0
ALUMBRADO:	3,760
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	3,760
ENERGÍA:	26,249
TOTAL	$30,009

INFORMACIÓN DE CONSUMO



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
DIC	115	77.871	31
ENE	105	70.025	31
FEB	81	57.696	29
MAR	71	52.151	30
ABR	74	54.680	30
MAY	75	56.720	31

	Número	Marca	A Lec. Actual	B Lec. Anterior	C Diferencia	Factor	Energía registrada	D Lectura tomada	Consumo predictivo por Marca (D x C)
Activa	6677007070	CHI	16201	16134	67	1	67	16201	
Reactiva									

Periodo facturado: 15/MAY/2022 - 13/JUN/2022 Días facturados: 30

Consumo kWh: 753.7741 Opc Tarifaria: Observación:

Tarifa a mes de: MAY-2022 Tipo de lectura: CLT Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidios	Total
0-130	67	753.7741	50,503	-25,251	25,252

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación + (T) Transmisión + (PR) Pérdidas + (R) Restricciones + (D) Distribución + (C) Comercialización + (CU) Costo kWh

253.4838	40.9789	48.6852	39.0628	301.0398	81.1071	764.3576

Los siguientes valores son informativos, no están incluidos dentro de la factura

Int. Mora .50 Vr. suspensión Vr. reconexión 37,608 Int. financiación

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente
Cuota Exp	35,964	15,924	18 al .00% interes

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUG[,n,q	68	FIUG[,n,q	35
DIUu,te	68	FIUu,te	29
DIUu,n,q,m	11	FIUu,n,q,m	4
VC .00			

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A.E.S.P

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 31,271 Fecha P 21/MAY/2022

Otros

Valor en Reclamación Proceso

ENERGÍA 26,249

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	50,503	50,503
561	Subsidio	0	-25,251	-25,251
704	Cuota Exp	0	997	997

ALUMBRADO PÚBLICO 3,760

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD CONCEPTO DEUDA ANTERIOR VALOR MES TOTAL

501 Alumbrado Publico Pereira 0 3760 3760

Responsable del Alumbrado Público: Pereira NIT: 891.480.030-8

Acuerdo del Concejo Municipal No: 052 del 2000

Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-55 Ed Torre Central, local 104 Pereira

ASEO

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: - Aprovechables: - Barrido:

Frecuencia Corte: (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: (Veces/Año)

Frecuencia Lavado: (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): Uso Aseo:

Tarifa últimos 6 meses

1	2	3	4	5	6

COD CONCEPTO DEUDA ANTERIOR VALOR MES TOTAL

Componentes Tarifarios

TBL:
TMT:
TDF:
TC:
TT:
TTL:
TUU:
% SUB-CON:

Valor Financiado Unidades Independientes Cuotas Pendientes

Periodo Facturado Ult. Pago y Fec.

Cantidad de Residuos (ton)

Aprovechables (TRA):

No aprovechables (TRNA):

Residuos del periodo (ton)	Información de Liquidación
Ordinarios:	Costo Fijo:
Barrido y Limpieza:	Costo Variable No Aprovechable:
Limpieza urbanos:	Costo Variable Aprovechable (VBA):
Rechazados:	

GERENTE

OTRAS EMPRESAS 0

COD CONCEPTO DEUDA ANTERIOR VALOR MES TOTAL

energía DE PEREIRA
Nit. 816.002.019-9
www.eep.com.co

Matrícula 364174

VALOR A PAGAR:

Pago sin Alumbrado Público: $26,249

Pago total factura: $30,009

Powered by CamScanner

2234

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Jose Miguel Arteaga identificado con cédula de ciudadanía número 14252106 de Melgar en calidad de tutor de Muñeca, de especie canino, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Muñeca puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 29 de oct del 2019

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

Propietario/acudiente
CC: 14252106

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

7234

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24/11/21

Yo Jose Miguel Arteaga **Identificado con CC:** 14252106
con Dirección: Vda Canencia ; **Tutor de** Muneca
Especie Canino **Raza** Mestiza **Sexo:** Hembra **Edad** 1 año
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Esterilización

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

En constancia que mi perro ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** Mario Quintero **con matrícula profesional No** 3167, **la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR
CC: 14252106

Firma

Powered by CamScanner

Fecha: 24/10/25 — Universidad Tecnológica de Pereira — Hospital Público Veterinario — No. Historia Clínica: 2234

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Jose miguel arteaga — Documento de identidad: 14252108
Dirección: la ancon — Teléfono: 3137784091.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: mono — Sexo: M ___ F X — Raza: mestizo — Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 1 año — Color: café — Peso: 19kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación *(Fecha, Producto)*: NR
Vacunas *(Fecha/Marca/Lote)*: NR
Enfermedades Anteriores: NR
Tratamientos: NR
Evolución: NR
Alimentación: NR
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Chequeo

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 39 /rpm F. Cardiaca: 139 /lpm Temperatura: 38.0 °C
Pulso: PLC Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Quimica Sanguinea:____
Rayos X:____
Ecografia:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

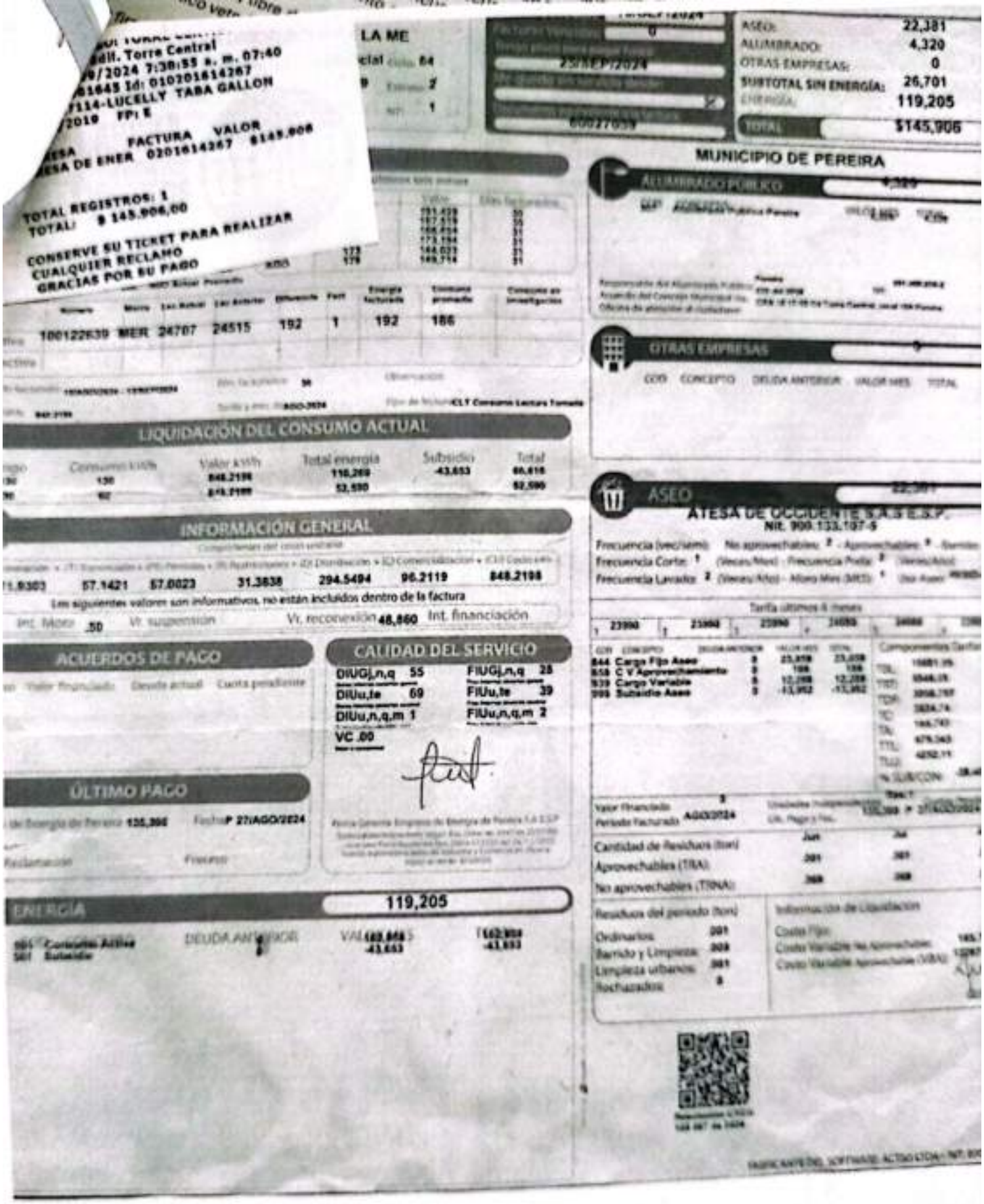
OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
[illegible]	0,1mg/kg	inyectable	SC	DC
[illegible]	5mg/kg	inyectable	IC	DO

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

...OS

SE MIGUEL

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-JUL-1975

MELGAR
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-JUN-1994 MELGAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00351706-M-0014252106-20111222 0028725039A 1 1211641409

Powered by CamScanner

2231

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Nelly Martinez identificado con numero de cedula N° 29274914 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Nica. la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Oct del 2024

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

Nelly Martinez

Propietario/acudiente:
CC:

Powered by CamScanner

2231

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Nelly Martinez identificado con cédula de ciudadanía número 29274614 de Bugs en calidad de tutor de Nika, de especie Canino, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Nika puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de oct del 2024

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

Nelly Martinez

Propietario/acudiente

CC:

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

2231

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24/oct/24

Yo Nelly Martinez **Identificado con CC:** 29274914
con Dirección: Unidad deportiva Conversion ; **Tutor de** Nika
Especie Canino **Raza** Mestizo **Sexo:** Hembra **Edad** 2 años
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Esterilización

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

En constancia que Nika ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** Maria Acevedo **con matrícula profesional No** 31602 **, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR **Firma**
CC:

Nelly Martinez _____

Powered by CamScanner

Fecha: 24/10/24 | Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | No. Historia Clínica: 2231

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Nelly martinez Documento de identidad: 29274914
Dirección: la consucion Teléfono: 3163608903
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: MIRA Sexo: M__ F X Raza: MOSTIZO Especie: CANINO
Fecha de Nacimiento: 2 años Color: GRIS Peso: 15KG

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): NIP
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): NIP
Enfermedades Anteriores: NIP
Tratamientos: NIP
Evolución: NIP
Alimentación: NIP
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado__
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Gastroenteritis

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 35 /rpm F. Cardiaca: 140 /lpm Temperatura: 36.9 °C
Pulso: RUC Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: NO REACTIVOS
Mucosas: ROSADAS Actitud y Temperamento: Letárgico__;
Estuporoso__; Comatoso __. Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
Meloxicam	0,2mg/kg	inyectable	SC	DC
Enrofloxacina	15mg/kg	inyectable	SC	DU

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

2228

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Ana Milena Hernandez identificado con cédula de ciudadanía número 38.875.848 de Buga en calidad de tutor de Sol, de especie Canino, raza Pinsher e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Sol puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

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

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

Ana Milena Hernandez

Propietario/acudiente

CC: 38.875.848

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

2228

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24/10/24

Yo Ana Milena Hernandez **Identificado con CC:** 38.875.848
con Dirección: Vda San Luis Combia alta ; **Tutor de** Sol.
Especie Canino **Raza** Pinsher **Sexo:** Hembra. **Edad** 4 años
Historia Clinica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Esterilizacion

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

En constancia que Sol ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** David Hernandez **con matricula profesional No** 3169 **, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR **Firma**
CC:

Ana Milena Hernandez
38.875.848

Powered by CamScanner

Fecha: 24/10/24 | PEREIRA | VETERINARIO | No. Historia Clínica: 2228

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Ana Milena Hernandez Documento de identidad: 3EE7SE4E
Dirección: Cerania alta Teléfono: 3203704618
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: SCI Sexo: M__ F X Raza: Pinscher Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 4 años Color: Blanco Peso: 10kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): NR
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): NR
Enfermedades Anteriores: NR
Tratamientos: NR
Evolución: NR
Alimentación: NR
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado__
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Estornudo

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 41 /rpm F. Cardiaca: 130 /lpm Temperatura: 39 °C
Pulso: PLC Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: N (poplíteos)
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico__;
Estuporoso__; Comatoso __, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Quimica Sanguinea:____
Rayos X:____
Ecografia:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

OBSERVACIONES

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
meloxicam	0.2 mg/kg	inyectable	S C	Q
control	15 mg/kg	inyectable	SC	DU

Médico Veterinario:

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-MAY-1971

NOGALES
BUGA (VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

30-JUN-1992 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
DEL ESTADO CIVIL

A-2400100-00202218-F-0038875848-20061207 0012713[illegible]A 1 [illegible]

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **38.875.848**

HERNANDEZ GUAPACHA

APELLIDOS

ANA MILENA

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner

EMPRESA DE ENERGIA DE PEREIRA
NIT 816.002.019-9
PUNTO DE PAGO: TORRE C. H. ADICIONAL
DIRECCION: Edif. Torre Central
Fecha: 24/09/2024 02:54:18 p.m. 14:56
Trans: 14[illegible]1076 Id: 010079827213
Cajero: c4074 JOHANA ALEJANDRA ZAPATA GRU
OM-018/2019 P: E

FACTURA VALOR $32.760
EMPRESA 0079827213
EMPRESA DE ENER

TOTAL REGISTROS: 1
TOTAL: $ 32.760,00

CONSERVE SU TICKET PARA REALIZAR CUALQUIER RECLAMO
GRACIAS POR SU PAGO

...CIOS - ENERGÍA ELÉCTRICA

MATRICULA 798272

Fecha de Emisión: 16/AGO/2024
Fecha Límite Vencidas: 0
Tengo plazo para pagar hasta: 27/AGO/2024
No aplicado sin servicio desde:
Documento equivalente a la factura: 98762519

ASEO:	0
ALUMBRADO:	4,320
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	4,320
ENERGÍA:	20,456
TOTAL	$24,776

MUNICIPIO DE PEREIRA

CONSUMO

Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
FEB	46	40.724	30
MAR	41	36.305	30
ABR	40	36.818	30
MAY	42	38.717	31
JUN	49	45.873	31
JUL	47	39.139	32

	Número	Marca	Lec Activa	Lec Reactiva	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo del mes
Activa	8033332	KRI	22586	22546	40	1	40	44	
Reactiva									

Periodo Facturado: 16/JUL/2024 - 14/AGO/2024 — Días Facturados: 30 — Observación:
Valor kWh: 836.3899 — Tarifa a mes de: JUL-2024 — Tipo de factor: ELT Consumo Lector : Tomado

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	40	836.3899	33,456	-13,000	20,456

INFORMACION GENERAL

Componentes del costo unitario

(G Generación + (T) Transmisión + (R) Restricciones + (D) Distribución + (C) Comercialización + (X) Contribución)

306.9361	55.9324	55.8862	27.0710	295.0650	95.5182	836.3899

Los siguientes valores son informativos, no están incluidos dentro de la factura

Int. Mora	Vr. suspensión	Vr. reconexión	Int. financiación
50		65,669	

ACUERDOS DE PAGO

Concepto | Valor financiado | Deuda actual | Cuota pendiente

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira 56,067 — Fecha P 23/JUL/2024
Otros
Valor en Facturación — Proceso

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q	55	FIUGj,n,q	28
DIUu,le	72	FIUu,le	35
DIUu,n,q,m	10	FIUu,n,q,m	3
VC	.00		

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A.E.S.P.

ALUMBRADO PÚBLICO

COD	CONCEPTO	VALOR MES	TOTAL
017	Alumbrado Publico Pereira	[illegible]	9.320

Responsable del Alumbrado Público: Pereira — NIT: [illegible]
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2008
Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17-05 Pal Torre Central, local 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO

ATESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.
NIT. 901.133.107-5

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: - Barrido: 2
Frecuencia Corte: (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): 344 Uso Suelo: RESIDENCI

Tarifa últimos 6 meses

1	2	3	4	5	6

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

Componentes Tarifarios

TBL:	5844.33
TRT:	6156.2
TDF:	
TC:	
TA:	
TTL:	
TLU:	
% SUB/CON:	-40.30%

Valor Financiado: 0 — Unidades Independientes: Nov: 1 — Cuotas Pendientes
Periodo Facturado: JUL/2024 — Ult. Pago y Fec. 56,067 P 23/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)
Aprovechables (TRA):
No aprovechables (TRNA):

Residuos del periodo (ton)	Información de Liquidación
Ordinarios:	Costo Fijo:
Barrido y Limpieza:	Costo Variable No Aprovechables:
Limpieza urbanos:	Costo Variable Aprovechable (VBA):
Rechazados:	

GERENTE

Resolución CRA 15[illegible] 827 de 2024

ENERGÍA 20,456

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	33,456	33,456
561	Subsidio	0	-13,000	-13,000

energía DE PEREIRA
www.epp.com.co

Pago SIN AP y Terceros

VALOR A PAGA
$20,456

Powered by CamScanner

2233

Hospital Público
VETERINARIO

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Carmen Lorena identificado con número de cedula N° 1004775615. Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Tobi la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

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

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

Lorena Valencia G.

Propietario/acudiente:

CC: 1004775615

Powered by CamScanner

2233

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Carmen Lorena Valencia identificado con cédula de ciudadanía número 1004778515 de Pereira en calidad de tutor de Toby, de especie Canino, raza Toby e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Toby puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugía.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Oct del 2024

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

Lorena Valencia C.

Propietario/acudiente
CC: 1004778515

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

2233

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24/10/21

Yo Carmen Lorena Valencia **Identificado con CC:** 1004775615
con Dirección: la convencion ; **Tutor de** Toby
Especie Canino **Raza** Nestico **Sexo:** Macho **Edad** 20 mese.
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Esterilizacion

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

En constancia que Toby ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** Oguio Quintero con matrícula profesional No 3160 2, **la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR **Firma**
CC:
1004775615 Lorena Valencia C. Lorena Valencia

Powered by CamScanner

Fecha: _____ PEREIRA | VETERINARIO No. Historia Clínica: 2233

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Carme Lorena Documento de Identidad: 1004775615
Dirección: 19 Oncas 1 Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Toby Sexo: M X F ___ Raza: Mestizo Especie: canino
Fecha de Nacimiento: 2 meses Color: Blanco Peso: 1 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): N/R
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): N/R
Enfermedades Anteriores: N/R
Tratamientos: N/R
Evolución: N/R
Alimentación: N/R
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Estar enfermo

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 30 /rpm F. Cardiaca: 130 /lpm Temperatura: 38.3 °C
Pulso: FLC Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: Normocticos
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
meloxicam	0,2mg/kg	inyectable	SC	Du
Ondrca	1mg/kg	inyectable	SC	DC

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

2227

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

Yo Ana Milena Hernandez identificado con cédula de ciudadanía número 38.875.848 de Buga en calidad de tutor de Chis., de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Chis. puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Oct del 2024

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

Ana Milena Hernandez

Propietario/acudiente

CC: 38.875.848

Powered by CamScanner

2227

RESPONSABILIDAD POST QUIRURGICA

Yo Ana Milena identificado con numero de cedula N° 38.875.848 Declaro que he sido informad@ que una vez me sea entregado Whis la responsabilidad de los cuidados post quirúrgicos está a mi cargo, en estos se incluye colocar collar isabelino, faja o dona para evitar que se retire los puntos con lamido.

El Hospital Público Veterinario de Pereira no se hace responsable y no realizara la sutura de las heridas postquirúrgicas que por descuido del tutor sean generadas por el paciente, solo se realizara sutura de aquellas heridas que por el curso normal de la alteración así lo requieran.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de oct del 2021

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

Ana Milena Hernandez

Propietario/acudiente:

CC: 38.875.848

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

2227

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24/10/24.

Yo Ana Milena Hernandez **Identificado con CC:** 38.875.848
con Dirección: Ucc Santas Combia alta ; **Tutor de** Chis.
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho **Edad** 7 meses
Historia Clínica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Esterilización.

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

En constancia que Chis ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** David Quintero con matrícula profesional No 31603, **la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del TUTOR **Firma**
CC:

Ana milena Hernandez
38'875.848

Powered by CamScanner

Fecha: 24/10/24 | Universidad de Pereira | Hospital Público Veterinario | No. Historia Clínica: 2227

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Ana milena Hernandez Documento de identidad: 3E6X24E
Dirección: Carrera alta Teléfono: 3203204618
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Luis Sexo: M X F ___ Raza: DPC Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 7 meses Color: Gris Peso: 3 Kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (*Fecha, Producto*): N/R
Vacunas (*Fecha/Marca/Lote*): N/R
Enfermedades Anteriores: N/R
Tratamientos: N/R
Evolución: N/R
Alimentación: N/R
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

esterilización

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 40 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 37 °C
Pulso: PIC Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: No reactivos
Mucosas: Rosadas Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___. Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oidos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
meloxicam	0,2 mg/kg	inyectable	sc	dc
control	15 mg/kg	inyectable	sc	dc

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-MAY-1971

NOGALES
BUGA (VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-JUN-1992 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00202218-F-0038875848-20091207 0018773034A 1 4530114222

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **38.875.848**

HERNANDEZ GUAPACHA

APELLIDOS

ANA MILENA

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner

SUSCRIPTOR / DATOS TÉCNICOS

A ORIENTAL- VDA S LUIS RESTREPO JAIRO SA

01-01-019-3500 Municipio: PEREIRA Servicio: Residencial Ciclo: 64

Transformador: 8015170000 Clase Usuario: Subsidio: -38.86 Estrato: 2

Carga contratada (kW): 0 Grupo calidad: 32 Circuito: 0026 Ruta: 1

MATRÍCULA 798272

Fecha de Emisión: 16/AGO/2024

Facturas Vencidas: 0

Tengo plazo para pagar hasta: 27/AGO/2024

Me quedo sin servicio desde:

Documento equivalente a la factura: 59762519

ASEO:	0
ALUMBRADO:	4,320
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	4,320
ENERGÍA:	20,456
TOTAL	$24,776

INFORMACIÓN DE CONSUMO

Consumos últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días Facturados
FEB	46	40.724	30
MAR	41	36.505	30
ABR	40	36.616	30
MAY	42	38.717	31
JUN	45	45.873	31
JUL	47	39.128	32

FEB MAY ABR MAY JUN JUL Actual Promedio

	Numero	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en observación
Activa	8033332	KRI	22586	22546	40	1	40	44	
Reactiva									

Periodo facturado: 16/JUL/2024 - 14/AGO/2024 Días facturados: 30 Observaciones:

Valor kWh: 836.3899 Tarifa a mes de: JUL-2024 Tipo de factura: ELT Convenio Lectura y Facturación

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	40	836.3899	33,456	-13,000	20,456

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

(G) Generación + (T) Transmisión + (PR) Pérdidas + (R) Restricciones + (D) Distribución + (C) Comercialización + (CU) Costos u.n.

306.9361	55.9324	55.8662	27.0710	295.0650	95.5192	836.3899

Los siguientes valores son informativos, no están incluidos dentro de la factura

Int. Mora: 50 Vr. suspensión: Vr. reconexión: 65,669 Int. financiación:

ACUERDOS DE PAGO

Concepto | Valor financiado | Deuda actual | Cuota pendiente

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira: 58,867 Fecha: P 23/JUL/2024

Dirección:

Valor en Reclamación: Protocolo:

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGj,n,q	55	FIUGj,n,q	28
DIUu,te	72	FIUu,te	35
DIUu,n,q,m	10	FIUu,n,q,m	3
VC	.00		

Firma Gerente Empresa de Energía de Pereira S.A.E.S.P.

ENERGÍA 20,456

CDO	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	33,456	33,456
561	Subsidio	0	-13,000	-13,000

MUNICIPIO DE PEREIRA

ALUMBRADO PÚBLICO $4,320

CDO CONCEPTO DEUDA ANTERIOR VALOR MES TOTAL

307 Alumbrado Publico Pereira $4,320 $4,320

Responsable del Alumbrado Público: Pereira NIT: 891.480.030-2

Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2008

Oficina de atención al ciudadano: CRA 10 17 00 P.3 Torre Central, local 104 Pinares

OTRAS EMPRESAS

CDO CONCEPTO DEUDA ANTERIOR VALOR MES TOTAL

ASEO 0

AYESA DE OCCIDENTE S.A.S E.S.P.

NIT. 901.133.107-5

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 Aprovechables: Barrido: 2

Frecuencia Corte: (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: (Veces/Año)

Frecuencia Lavado: (Veces/Año) - Aforo Mes (M3): 2.88 Uso Asoo: RESIDENCI

Tarifa últimos 6 meses

1	2	3	4	5	6

CDO CONCEPTO DEUDA ANTERIOR VALOR MES TOTAL

Componentes Tarifarios

TBL: 5844.33

TBT: 8156.2

TDF:

TC:

TA:

TTL:

TLU:

% SUB/CON: -40.00%

Nov: 1

Valor Financiado: 0 Unidades Independientes: Cuotas Pendientes: 0

Periodo Facturado: JUL/2024 UR. Pago x Fac: $6,867 P 23/JUL/2024

Cantidad de Residuos (ton)

Aprovechables (TRA):

No aprovechables (TRNA):

Residuos del periodo (ton): Ordinarios: Barrido y Limpieza: Limpieza urbanos: Rechazados:

Información de Liquidación: Costo Fijo: Costo Variable No Aprovechables: Costo Variable Aprovechables (VRA):

Resolución CREG 123 007 de 2024

energía DE PEREIRA

NIT. 816.002.219-9

www.eep.com.co

Matrícula 798272

VALOR A PAGAR:

Pago SIN AP y Tarcados: $20,456

Pago total factura: $24,776

Powered by CamScanner

CONOCIMIENTO DEL RIESGO NO PLAN VACUNAL

2232

Yo Margarita Mª Ramirez identificado con cédula de ciudadanía número 24686152 de Cartago en calidad de tutor de Zeus, de especie Felino, raza Mestizo e historia clínica número _____, manifiesto que he me indicaron los riesgos que acarrea el estado de no vacunación de mi mascota y que al no contar con la protección inmunológica adecuada, Zeus puede adquirir cualquier enfermedad infectocontagiosa que se encuentre en el ambiente, como parte de la atención en salud, sin importar el procedimiento para que asista: consulta, triage, esterilización, cirugia.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal del Hospital público veterinario.

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 24 de Oct del 2025

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

Margarita Ramirez

Propietario/acudiente

CC:

Powered by CamScanner

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

2232

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y Hora:** 24/10/21

Yo Margarita Mª Ramirez **Identificado con CC:** 24626152
con Dirección: Vda Sanchis Finca esfuerzo **; Tutor de** test
Especie Felino **Raza** Mestizo **Sexo:** Macho **Edad** 2 años
Historia Clinica No: _____

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento Esterilizacion

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

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

Nombre del TUTOR **Firma**
CC:
Margarita Mª Ramirez _____

Powered by CamScanner

Fecha: 24/10 | PEREIRA | VETERINARIO | No. Historia Clínica: 2232

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: Margarita Ramirez Documento de identidad: 24666152
Dirección: 10 Encension Teléfono: 3146967901.
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Zeus Sexo: M X F ___ Raza: OPC Especie: Felino
Fecha de Nacimiento: 2 años Color: negro Peso: 4 kg

ANAMNESICOS

Ultima Desparasitación (Fecha, Producto): NIR
Vacunas (Fecha/Marca/Lote): NIR
Enfermedades Anteriores: NIR
Tratamientos: NIR
Evolución: NIR
Alimentación: NIR
Historia Reproductiva: Entero X Esterilizado ___
Ultimo Celo: _____ Fecha ultimo Parto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Esterilizacion

EXAMEN CLÍNICO

F. Respiratoria: 39 /rpm F. Cardiaca: 120 /lpm Temperatura: 40 oC
Pulso: RC Tiempo Llenado Capilar: 3 Ganglios Linfáticos: NC reactivo
Mucosas: R I H I B Actitud y Temperamento: Letárgico ___;
Estuporoso ___; Comatoso ___, Alerta X Otro: _____

Organos y Sistemas	N/AN/NE
1. Estado general y Condición Corporal	N
2. Estado de Hidratación	N
3. Sistema Tegumentario	N
4. Ojos	N
5. Oídos	N
6. Nariz	N

Organos y Sistemas	N/AN/NE
7. Sistema Digestivo	N
8. S. Respiratorio	N
9. S. Nervioso	N
10. S. Musculoesquelético	N
11. S. Cardiovascular	N
12. S. Genitourinario	N

N: Normal AN: anormal. NE: No Examinado

Descripción de los Hallazgos: _____

Powered by CamScanner

LISTA DE PROBLEMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Química Sanguínea:____
Rayos X:____
Ecografía:____
Cuadro Hemático:____
Frotis (raspado piel):____

Coprológico:____
Endoscopia:____
ECG:____
EEG:____
Parcial de Orina:____

Coproscópico:____
Cultivos:____
Antibiograma:____
Biopsia:____
Otros:____

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

_____
_____

DIAGNÓSTICO FINAL O CONFIRMATIVO

_____
_____

OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

Producto Base	Dosis Básica	Presentación	Vía	Frecuencia y Duración
meloxicam	0,2 mg/kg	inyectable	sc	DC
clorhidrato	15mg/kg	inyectable	SC	DC

_____

Médico Veterinario:
Matrícula Profesional:

Powered by CamScanner

JORNADA DE ESTERILIZACION CORREGIMIENTO COMBIA ALTA									
No.	NOMBRE PROPIETARIO	CEDULA	TELEFONO	DIRECCION	NOMBRE MASCOTA	GATO	PERRO	MACHO	HEMBRA
1	NELLY	29279914	3163608903	LA CONVENCION	MIEL	X			X
2	AMPARO BERMUDEZ	42065668	3206739931	LA CONVENCION	SOL		X		X
3	MILENA HERNANDEZ	38875848	3203204618	SAN LUIS	PRINCESA		X		X
4	NELLY	29279914	3163608903	LA CONVENCION	NICA		X		X
5	MARÍA TONUSCO	1007224903	3203635116	SAN LUIS	KITI	X			X
6	IVAN CASTAÑEDA	18370034	323399619	SAN LUIS	MIREYA		X		X
7	LUZ PIEDAD QUINTERO	24764549	3205706718	LA CONVENCION	ESTRELLA		X		X
8	LIBARO ARCILLA	4453920	3218111668	SAN LUIS	TANIA		X		X
9	GLORIA ZAPATA	34041884	3145476388	LA CONVENCION	MOROCHA		X		X
10	GENESIS MARTINEZ	7147470	3147901933	LA CONVENCION	LULU	X			X
11	ANDRES VILLADA	1013648581	3147901933	LA CONVENCION	LASI		X		X
12	YULIANA CORREA	1054992085	321717662	LA CONVENCION	MUÑECA		X		X
13	JOSE MIGUEL ARTEAGA	14252106	3137784039	LA CONVENCION	LUNA		X		X
14	GENESIS MARTINEZ	7147470	3147901933	LA CONVENCION	LOLA	X			X
15	~~MARIA QUINTERO~~ → Amparo Bermudez	25165724	3142186498	SAN LUIS	NIÑA	X			X
16	JANET PEREZ	1004702600	3137167281	LA CONVENCION	PELUSA	X			X
17	ESTIVEN GONZALES	1088276185	3115008264	LA CONVENCION	CANELA		X		X
18	ESTIVEN GONZALES	1088276185	3115008264	LA CONVENCION	LA NEGRA		X		X
19	MERY PINO	42110009	3146582458	SAN LUIS	PEPA	X			X
20	YEISON TONUSCO	1193089011	3137720172	SAN LUIS	PELUZO		X	X	
21	LUIS CARLOS RAMIREZ	4430242	3124583053	SAN LUIS	ZEUS	X		X	
22	JENNIFER GARCIA	1088282156	3117642841	SAN LUIS	COCO	X		X	
23	LORENA VALENCIA	1004775615	3127996838	SAN LUIS	TOBY		X	X	
24	MARIA QUINTERO	25165729	3142186498	SAN LUIS	NIÑO	X		X	
25	MARIA LUISA QUINTERO	25165729	3142186498	SAN LUIS	MUSINGO	X		X	
26	Edgardo torrealba				Toty		X		X
27	Libardo Arcila				sami		X		X
28	Carmen Lorena Valencia Garcia				Pelusa	X		X	
29	angela maria Bolaños Alvares				princesa	X			X
30	Jhon hurtado				tania	X			X

Faltan 6 por fotocopia de la cédula y recibo público.

Powered by CamScanner














UNIDAD MÓVIL
DE BIENESTAR ANIMAL



