# FICHA CLÍNICA

Impresa el *31/10/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 143-ZPACHO
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 30/09/2024
Última Visita: 28/10/2024

Paciente: PACHO
Especie: FELINO
Raza: MESTIZO
Sexo: MACHO CASTRADO
Pelaje: BLANCO Y NEGRO
Microchip:
Fecha de Nac.: 02/10/2019
Fecha de Alta: 30/09/2024
Última Visita: 31/10/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 30/09/2024 05:27:59 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
PROPIETARIA: LUZ GLORIA CUERVO
C.C: 25036386 QUINCHIA
CELULAR: 3013556863-3137487049
DIRECCION: MZA 4 CASA 4 MALAGA PARQUE INDUSTRIAL.

Paciente es remitido por parte del convenio por presenta obstrucción uretral hace 5 días, el paciente se quitó la sonda urinaria y cuando se la intentaron colocar nuevamente no fue posible. Paciente come muy poco, no esta orinando. El convenio lo remite para manejo intrahospitalario y recomiendan "URETROSTOMIA".

Al examen clínico paciente presenta globo vesical, se explica a la propietaria que en caso de no poder desobstruirse, se recomienda procedimiento de uretrostomia. Por el momento ingresa a hospitalización para hidratación y en un momento se procedería a intentar sondear.

****** Exámen Físico Fecha: 30/09/2024 -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
Temperatura: 39 °C -- Peso: 5.11 Kg. -- F.C.: 136 /minuto -- Pulso: F/C /minuto -- F.R.: 36 /minutoGeneral: ANSIOSO, ACTIVO
Ojos - Orejas - Nariz - Garganta: SLA
Piel tegumento: DESHIDRATACION 8%
Músculo esquelético: SLA
Cardiovascular: SLA
Respiratorio: SLA
Gastrointestinal: SLA
Genital - Reproductor: OBSTRUCCION PARCIAL DE URETRA
Neurológico: SLA
Linfático: SLA
Otros: SLA

****** Fecha: 30/09/2024 07:53:11 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO DIA: Paciente ingresa al servicio de hospitalización por presentar obstrucción uretral, propietaria indica que estuvo con sonda hace 5 días, pero como no tenía collar isabelino, paciente termino de retirar la sonda. Se ingresa para sedación y desobstrucción, lo cual se logra con cierta dificultad, se observa mucho sedimento en la orina (+++). Se toman muestras de sangre para exámenes de control (postquirúrgico) pero aún queda pendiente evaluar la necesidad de realizar uretrostomia ya que fue remitido con esa indicación. Se entrega en el cambio de turno con sonda urinaria y sistema de colecta, está pendiente instaurar medicación analgésica y antibiótica si es necesario.

*** Fecha: 30/09/2024 09:48:22 PM HEMOGRAMA

*** Fecha: 30/09/2024 09:48:35 PM ROROTR CUIDADO PREVENTIVO

*** Fecha: 01/10/2024 01:06:45 PM ECOGRAFIA

****** Fecha: 01/10/2024 05:59:23 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Se recibe paciente en la noche bajo efectos de anestesia, se recupera por completo cerca a la media noche, se ofrece alimento, pero se le debe poner en la boca para que lo consuma. El paciente busca de forma constante escapar. Permanece con fluidos constantes, en la madrugada se daña la vía al parecer por el movimiento constante

Sonda urinaria con sistema colector funcional, se colectan alrededor de 100ml de orina la cual es turbia con presencia de un poco de sangre. No defeca

****** Exámen Físico Fecha: 01/10/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: 39.2 °C -- F.C.: 180 /minuto -- F.R.: 50 /minutoCardiovascular: MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS. TLLC:2SG

****** Fecha: 02/10/2024 06:31:12 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente atento al medio, tranquilo, receptivo a las caricias. Come alimento húmedo con apetito. No defeca. Sonda urinaria funcional, la orina no tiene presencia de sangre

****** Exámen Físico Fecha: 02/10/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: 38.7 °C -- F.C.: 180 /minuto -- F.R.: 48 /minutoCardiovascular: MUCOSAS ROSADAS

****** Fecha: 02/10/2024 06:30:15 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente estable, no presenta vómitos ni diarrea, orina por sonda (Se realizan limpiezas cada 8 horas) se observa a final de la tarde que sonda esta semiobstruida, pero al presionar y masajear vejiga paciente orina por los bordes de la sonda. Se toma muestra para parcial de orina (Leucocitos y abundantes cristales de estruvita). Se realiza test de sida-leucemia (Negativo). Se continua con la medicación establecida, Constantes FC 168 FR 52 T 37.0, Mucosas rosadas, Se oferta alimento el cual con apetito (Húmedo). Se recomienda retiro de sonda y observar si orina de no hacerle se recomienda instaurar sonda y agendar cirugía para uretrostomia. Se le explica a tutora y entiende. (No llega reporte ecográfico).

*** Fecha: 02/10/2024 06:36:30 PM TEST SIDA-LEUCEMIA
*** Fecha: 02/10/2024 06:37:49 PM PARCIAL DE ORINA

****** Fecha: 03/10/2024 05:59:45 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Atento al medio, tranquilo. En la noche se realiza vaciado de vejiga y se retira la sonda, desde eso ha estado orinando pues se encuentra varios rastros de orina en la arena, no se le observa de forma directa para evaluar si hay dificultad, no defeca. Come con apetito alimento húmedo, no bebe agua

Se adiciona a la terapia PREGABALINA SOLUCIÓN ORAL:2 M/KG CADA 12 HRS y se modifica la frecuencia del TRAMADOL de cada 3 a 2 veces al días

****** Exámen Físico Fecha: 03/10/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: 37.2 °C -- F.C.: 160 /minuto -- F.R.: 56 /minutoCardiovascular: MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS. TLLC:2SG

****** Fecha: 03/10/2024 07:29:15 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente estable no presenta vómitos ni diarrea, no orina ni defeca (se palpa el abdomen, pero no se siente la vejiga aumentada ni muestra dolor). Se continua con la medicación, constantes FC 156 FR 44 T 37.1, Mucosas rosadas, TLLC 2 segundos. Se realiza palpación, pero no se palpa vejiga pletórica disuria o polaquiuria, se deja estas 12 horas para ver si orina sino se recomienda Sonda + Urestrostomia. Come y bebe con apetito.
*** Fecha: 04/10/2024 08:45:14 AM FORMULA MEDICA

****** Fecha: 04/10/2024 03:35:53 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente que desde que se recibe en horas de la mañana, orina buena cantidad y varias veces, por este motivo se da alta médica y se dan todas las recomendaciones pertinentes, se indica que exista ALTA PROBABILIDAD de volverse a obstruir en ese caso lo debe de traer de inmediato para determinar si se realiza CISTOTOMIA O URETROSTOMIA.

****** Fecha: 22/10/2024 10:52:55 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
MOTIVO DE INGRESO: CONTROL

Propietaria refiere que esta orinando mas poco desde hace 8 dias, solo goticas, pero no lo habia podido traer, hace 2 dias, no orina nada, ni sangre, ni nada, madrugue para traerlo pero vi que estaba tirado en el piso, pense que se habia muerto, no comio nada hoy, no se si ayer.

peso: 5kg
FC: 200
FR: 40

Paciente ingresa por presentar obstruccion vesical con evolucion de 8 dias, donde hace 2 dias se puso muy mal, paciente ingresa postrado, con mucho dolor abdominal, distension abdominal , globo vesical, se realiza palpacion y se evidencia vejiga pletorica, muy distendida, levemente hipotenso por lo que se canaliza y se toman muestras para hemograma y quimicas sanguineas, se deja con fluidoterapia a 10ml/h, paciente al cual se realzia sedacion con dexmedetomidina 3mcg/kg, tramadol 3mg/kg, se pone dosis unica de propofol 1.5mg/kg, se realiza desobtruccion, sonda pasa con facilidad, pero no hay salida de orina, se realiza radiografia y se observa sonda posicionada, pero con aumento de densidad en la punta, por lo que se realiza succion con jeringa y s eobserva microcalculos y detritus celulares, se realiza lavados vesicales, se toma muestra de orina, paciente se deja en recuperacion.

Se instura medicacion con: TRAMADOL 3MG/KG, DIPIRONA 15MG/KG, AMPICILINA + SULBACTAM 22mg/kg, reforzar manejo anestesico, no se admisnitra meloxicam porque el dia de mañana tiene URETROSTOMIA y es conveniente iniciarlo mañana para mayor manejo de dolor.

*** Fecha: 22/10/2024 11:35:33 AM HEMOGRAMA

****** Fecha: 22/10/2024 05:02:28 PM -- Atendido Por: ANGELICA VELEZ HOLGUIN - MP 13316
Paciente fallece mientras se recuperaba de la sedación, se notifica a la tutora la cual comprende, se deja el cuerpo para disposicion.

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 22/10/2024 TITULO: HEMOGRAMA
VER ARCHIVO ADJUNTO.

FECHA: 04/10/2024 TITULO: FORMULA MEDICA

I) CLAVASEPTIL TAB 250mg.....#1
Suministrar via oral 1/4 de tableta cada 24 horas durante 4 dias consecutivos. Dar con estomago lleno.

II) LYRICA (PREGABALINA) SUSP ORAL 20mg/ml.....#1
suminstrar via oral 0.5 ml cada 12 horas durante 20 dias consecutivos.

NOTA
* SE DEBE DAR ALIMENTO URINARIO DE DISOLUCION COMO UNICA FUENTE DE ALIEMTENTACION DE 4 A 8 SEMANAS. (HPM UROLOGY 1, 2 O 3, PROPLAN UR).

* EN CASO DE VOLVERSE A OBSTRUIR SE DEBE DE LLEVAR DE INMEDIATO AL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO.

* SE DEBE REALIZAR ECOGRAFIA ABDOMINAL DE CONTROL EN 1 MES DESPUES DE INICIAR EL ALIMENTO MEDICADO Y DESDE QUE EL PACIENTE ORINE.

* Aumentar el consumo de agua en casa (insturar fuentes, o mas lugares donde pueda tomar agua por toda la casa)

_____
MVZ SANTIAGO PULGARN J
MP:47491

FECHA: 02/10/2024 TITULO: TEST SIDA-LEUCEMIA
VER ARCHVIO ADJUNTO

FECHA: 02/10/2024 TITULO: PARCIAL DE ORINA
VER ARCHIVO ADJUNTO

FECHA: 01/10/2024 TITULO: ECOGRAFIA
ver adjuntos

FECHA: 30/09/2024 TITULO: HEMOGRAMA

VER ARCHIVOS ADJUNTOS

FECHA: 30/09/2024  TITULO: ROROTR CUIDADO PREVENTIVO
VER ARCHIVOS ADJUNTOS

# CTA. CTE.

*31/10/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 143-ZPACHO

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 30/09/2024 | CONSULTA UAM DIURNA - Unit. $37000 - DANIELA RESTREPO | 0.00 | 0 | 0 | 0 |
| 30/09/2024 | COLLAR ISABELINO N° 1 - Unit. $5400 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5400 | 0 | 5400 |
| 30/09/2024 | *PROPOFOL INY 1% DOSIS X ML - Unit. $7800 - DANIELA RESTREPO | 3.00 | 23400 | 0 | 28800 |
| 30/09/2024 | DESOBSTRUCCION URETRAL FELINO (PROCEDIMIENTO) - Unit. $71000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 71000 | 0 | 99800 |
| 30/09/2024 | *TRAMADOL 50MG/ML AMPLL - Unit. $2800 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 2800 | 0 | 102600 |
| 30/09/2024 | *DEXMEDETOMIDINA INY X ML - Unit. $8900 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 8900 | 0 | 111500 |
| 30/09/2024 | HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 35000 | 0 | 146500 |
| 30/09/2024 | HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 23400 | 0 | 169900 |
| 30/09/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 24300 | 0 | 194200 |
| 30/09/2024 | *VENOCLISIS MICROGOTEO - Unit. $3400 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 3400 | 0 | 197600 |
| 30/09/2024 | *VENOCLISIS MACROGOTEO - Unit. $3400 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 3400 | 0 | 201000 |
| 30/09/2024 | *19 TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $550 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 550 | 0 | 201550 |
| 30/09/2024 | *SUTURA N/A 1 (UNIDAD) - Unit. $14000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 14000 | 0 | 215550 |
| 30/09/2024 | SONDA URINARIA FELINO LANR 1X1.3 - Unit. $28100 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 28100 | 0 | 243650 |
| 30/09/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 3.00 | 1500 | 0 | 245150 |
| 30/09/2024 | *19 JERINGA 10 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $450 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 900 | 0 | 246050 |
| 30/09/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 700 | 0 | 246750 |
| 30/09/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 3.00 | 1500 | 0 | 248250 |
| 30/09/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 18700 | 0 | 266950 |
| 30/09/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3600 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 7200 | 0 | 274150 |
| 30/09/2024 | *BURETA 150 ML X UND - Unit. $4600 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 4600 | 0 | 278750 |
| 30/09/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5300 | 0 | 284050 |
| 30/09/2024 | *UNICLAV INY DE 0 A 1 ML - Unit. $5600 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5600 | 0 | 289650 |
| 30/09/2024 | *19 SONDA URINARIA FELINO X UND - Unit. $29800 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 29800 | 0 | 319450 |
| 30/09/2024 | *BUTORMIN INY X ML - Unit. $55000 - DANIELA | 0.10 | 5500 | 0 | 324950 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| | RESTREPO | | | | |
| 30/09/2024 | *VENOCLISIS MACROGOTEO - Unit. $3400 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 3400 | 0 | 328350 |
| 30/09/2024 | *ROTOR CUIDADO PRENTIVO ALB,ALP,ALT,AST,BUN,CA,CL-,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+, TBIL,TC - Unit. $95000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 95000 | 0 | 423350 |
| 30/09/2024 | *SOLUCION CLORURO D SODIO X 500ML - Unit. $4000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 4000 | 0 | 427350 |
| 30/09/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 18700 | 0 | 446050 |
| 30/09/2024 | ANESTESIA FIJA INDUCCION Y MONITOREO (SIN MATERIALES) - Unit. $40500 - ANGELICA VELEZ | 1.00 | 40500 | 0 | 486550 |
| 01/10/2024 | *FORMULA DE CONTROL ESPECIAL - Unit. $15000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 15000 | 0 | 501550 |
| 01/10/2024 | *SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - ANGELICA VELEZ | 1.00 | 4900 | 0 | 506450 |
| 02/10/2024 | HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 35000 | 0 | 541450 |
| 02/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 18700 | 0 | 560150 |
| 02/10/2024 | HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 23400 | 0 | 583550 |
| 02/10/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 24 AMARILLO - Unit. $3600 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 7200 | 0 | 590750 |
| 02/10/2024 | *EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD - Unit. $1300 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 1300 | 0 | 592050 |
| 02/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 4.00 | 2000 | 0 | 594050 |
| 02/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 3.00 | 1500 | 0 | 595550 |
| 02/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - DANIELA RESTREPO | 3.00 | 1050 | 0 | 596600 |
| 02/10/2024 | *19 TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $550 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 1000 | 0 | 597600 |
| 02/10/2024 | *19 ECOGRAFIA ABDOMINAL - Unit. $110000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 110000 | 0 | 707600 |
| 02/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - DANIELA RESTREPO | 3.00 | 15000 | 0 | 722600 |
| 02/10/2024 | *EDO ATP SUSP INY DE 0 A 0,5 ML - Unit. $4500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 4500 | 0 | 727100 |
| 02/10/2024 | *CERENIA SUSP INY DE 0 A 0,5 ML - Unit. $13000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 13000 | 0 | 740100 |
| 02/10/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5300 | 0 | 745400 |
| 02/10/2024 | *UNICLAV INY DE 0 A 1 ML - Unit. $5600 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5600 | 0 | 751000 |
| 02/10/2024 | EJ PARCIAL DE ORINA EJE LAB - Unit. $16000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 16000 | 0 | 767000 |
| 02/10/2024 | HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 35000 | 0 | 802000 |
| 02/10/2024 | HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 23400 | 0 | 825400 |
| 02/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 18700 | 0 | 844100 |
| 02/10/2024 | *19 FRASCO RECOLECTOR ORINA - Unit. $550 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 550 | 0 | 844650 |
| 02/10/2024 | *SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 4900 | 0 | 849550 |
| 02/10/2024 | *TEST LEUCEMIA FELV-FIV UND - Unit. $49000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 49000 | 0 | 898550 |
| 02/10/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - | 1.00 | 5300 | 0 | 903850 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| | DANIELA RESTREPO | | | | |
| 02/10/2024 | *UNICLAV INY DE 0 A 1 ML - Unit. $5600 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5600 | 0 | 909450 |
| 02/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - DANIELA RESTREPO | 3.00 | 15000 | 0 | 924450 |
| 02/10/2024 | *EDO ATP SUSP INY DE 0 A 0,5 ML - Unit. $4500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 4500 | 0 | 928950 |
| 03/10/2024 | HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 35000 | 0 | 963950 |
| 03/10/2024 | HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 23400 | 0 | 987350 |
| 03/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 1000 | 0 | 988350 |
| 03/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 1000 | 0 | 989350 |
| 03/10/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5300 | 0 | 994650 |
| 03/10/2024 | *UNICLAV INY DE 0 A 1 ML - Unit. $5600 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5600 | 0 | 1000250 |
| 03/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5000 | 0 | 1005250 |
| 03/10/2024 | *EDO ATP SUSP INY DE 0 A 0,5 ML - Unit. $4500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 4500 | 0 | 1009750 |
| 03/10/2024 | *CLAVASEPTIN 250MG TABLETAS - Unit. $4900 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 4900 | 0 | 1014650 |
| 03/10/2024 | *EDO ATP SUSP INY DE 0 A 0,5 ML - Unit. $4500 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 4500 | 0 | 1019150 |
| 03/10/2024 | *CERENIA SUSP INY DE 0 A 0,5 ML - Unit. $13000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 13000 | 0 | 1032150 |
| 03/10/2024 | *SUP PREGABALINA 20MG/ML - Unit. $1700 - DANIELA RESTREPO | 1.50 | 2550 | 0 | 1034700 |
| 03/10/2024 | ARENA PARA GATOS X LB - Unit. $2800 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 5600 | 0 | 1040300 |
| 22/10/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 24300 | 0 | 1064600 |
| 22/10/2024 | DESOBSTRUCCION URETRAL FELINO (PROCEDIMIENTO) - Unit. $71000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 71000 | 0 | 1135600 |
| 22/10/2024 | SEDACION PROCEDIMIENTO - Unit. $40000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 40000 | 0 | 1175600 |
| 22/10/2024 | *19 BATA BLANCA DESECHABLE MANGA LARGA - Unit. $3000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 3000 | 0 | 1178600 |
| 22/10/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3600 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 7200 | 0 | 1185800 |
| 22/10/2024 | *EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD - Unit. $1300 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 1300 | 0 | 1187100 |
| 22/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 500 | 0 | 1187600 |
| 22/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN | 3.00 | 1500 | 0 | 1189100 |
| 22/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - SANTIAGO PULGARIN | 5.00 | 1750 | 0 | 1190850 |
| 22/10/2024 | *SOLUCION CLORURO D SODIO X 500ML - Unit. $4000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 4000 | 0 | 1194850 |
| 22/10/2024 | *SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 4900 | 0 | 1199750 |
| 22/10/2024 | SONDA URINARIA FELINO LANR 1X1.3 - Unit. $28100 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 28100 | 0 | 1227850 |
| 22/10/2024 | *19 TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $550 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 550 | 0 | 1228400 |
| 22/10/2024 | *VENOCLISIS MICROGOTEO - Unit. $3400 - SANTIAGO | 1.00 | 3400 | 0 | 1231800 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| | PULGARIN | | | | |
| 22/10/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE VISTA ADICIONAL/CONTROL (1) - Unit. $22000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 22000 | 0 | 1253800 |
| 22/10/2024 | *DEXMEDETOMIDINA INY X ML - Unit. $9400 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 9400 | 0 | 1263200 |
| 22/10/2024 | *PROPOFOL INY 1% DOSIS X ML - Unit. $7800 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 7800 | 0 | 1271000 |

Moneda: $ **SALDO:** 1271000

Pago acta 4 1.040.300
Pago acta 5 230.700

Angélica Vélez H.

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

**Fecha:** 30/Sept/24 **Remitido por:**

**Especie / Raza:** Canino / mestizo **Nombre:** Pacho

**Diagnóstico presuntivo:** obstrucción uretra Peneana.

**Quién traslada nombre / Cédula:**

Se remite paciente Con obstrucción uretral. Paciente Fue Sondeado Hace 5. días. Se retiró la Sonda urinaria. Se remite para posible uretrostomia peneal.

30/04/2024 Se le aplicó tramadol.

Cr 13 #9-67

**Firma de Profesional Veterinario**

**Nombres y Apellidos**
**MP:** 28651

**Firma del encargado**

**Nombres y Apellidos**
**CC:** _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES REMITIDOS DEL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO**

Yo Luz Gloria Cuervo de velasco identificado con cédula de ciudadanía número 95036386 de Pereira en calidad de responsable de Pacho, especie Felino, raza mx, sexo M x H ___, de 5 años, con 5 Kg de peso e historia clínica número 2959. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del paciente, por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar su estado de salud.

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

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

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

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

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

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

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución. He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

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

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

En contraparte yo CARLOS OSTOLAZA con tarjeta profesional número 3610 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

**Nota: Quien firma como acudiente acepta ser el responsable por el paciente; En caso que el paciente no tenga acudiente el hospital público veterinario de la ciudad de Pereira será el único responsable y tomador de decisiones autorizado y será el encargado de ubicar un hogar o definir el destino final del paciente una vez completada su recuperación.**

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 30 de Septiembre del 2024

Luz Gloria Cuervo
**Tutor/Acudiente**
CC: 25036386
Tel: 3013556863

**Médico Veterinario Visión de las Américas**
MP: 3610

En caso de pacientes sin acudiente por favor diligenciar la siguiente información:

| **Lugar de procedencia o hallazgo** | **Descripción de los hechos** | |
|---|---|---|
| *Especificar sector/barrio/vereda<br>N/A | N/A | |
| **Datos de quien entrega** | | |
| **Nombre completo** | **Cedula** | **Teléfono** |
| | | |
| **Dirección:** | | |

**Autoriza el ingreso Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

**CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO**

Fecha de ingreso: 30/09/2024
Paciente: ROCO # HC: 2959
Diagnostico presuntivo: OBSTRUCCION URETRAL

Sexo: M X H
Especie: FELINO
Edad: 4 AÑOS

Peso: 5,1 Kg Cta $ 3
Médico tratante: UKUNDI
Obs.

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 30sept | Meloxidol 0.5% | 24h | SC | 0,2mg/kg | 0,2ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Onsior | 24h | SC | 0,35mg/kg | 0,3ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| 1 oct | Meloxidol 0.5% | 24h | SC | 0,1mg/kg | 0,1ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Onsior | 24h | SC | 0,3mg/kg | 0,3ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Tramadol | 8h | SC | 2mg/kg | 0,2ml | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | - | | - | | | | |
| | DIPIRONA | 8h | IV | 10 | 0,1ml | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | |
| | EDO ATP | 24h | IV | — | 0,5ml | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | |
| | CEFAZOLINA | 24h | IV | 1 | 0,5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | |
| 2 oct | Meloxidol 0.5% | 24h | SC | 0.1mg/kg | 0.1ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Onsior | 24hr | SC | 0.3mg/kg | 0.3ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Tramadol | 8hr | SC | 2mg/kg | 0.2ml | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | |
| | Dipirona | 8hr | IV | 10mg/kg | 0.1ml | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | |
| | EDO ATP | 24hr | IV | | 0.5ml | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | |
| | Cefazolina | 24hr | IV | | 0.5ml | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | |
| | Lavados | 8h | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | |
| 3 oct | Meloxidol 0.5% | 24h | SC | 0.1mg/kg | 0.1ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Onsior | 24h | SC | 0.35mg/kg | 0.3ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Tramadol | 12h | SC | 2mg/kg | 0.2ml | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | |
| | Dipirona | 8h | IV | 10mg/kg | 0.1ml | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | |
| | EDO ATP | 24h | IV | | 0.5ml | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | |
| | Cytica | 12h | VO | 2mg/kg | 0,5ml | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | |
| 4 oct | Meloxidol 0.5% | 24h | SC | 0.05mg/kg | 0.05ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ○ | | | | |
| | Onsior | 24h | SC | 0.3mg/kg | 0.3ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ○ | | | | |
| | Tramadol | 12h | SC | 2mg/kg | 0.2ml | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ○ | | | | | | | |
| | EDO ATP | 24h | IV | | 0.5ml | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | |
| | Cytica | 12h | VO | 2mg/kg | 0.5ml | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ○ | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pertenencias dejadas/observaciones adicionales: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Programado O<br>Aplicado X | | | | |

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## Exámen físico diario paciente hospitalizado

Paciente: PACHO Numero de HC: 2959 Peso de ingreso: 5,1 Kg

Ingresa: 30/09/2014 Obs:

| FECHA | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA | 01/10 | 02/10 | 02/10 | 3/10 | 3/10 | 04/10 | | | | | | | | |
| PARAMETRO | 5:00AM | 5:00AM | 4:00 | 4:40AM | 4:20 | 4:20AM | | | | | | | | |
| T° | 39.2 | 38.7 | 37°C | 37.2 | 37.1°C | 37.3 | | | | | | | | |
| FC | 180 | 180 | 168 | 160 | 156 | 152 | | | | | | | | |
| FR | 56 | 48 | 52 | 56 | 44 | 50 | | | | | | | | |
| PULSO | Fuerte | Fuerte | F | Fuerte | F | fuerte | | | | | | | | |
| MUCOSAS | Rosada | ROSA | R | rosa | R | rosa | | | | | | | | |
| TLLC | 2" | 2" | 2s | 2" | 2s | 2" | | | | | | | | |
| COME | SI | SI | Si | SI | SI | SI | | | | | | | | |
| BEBE | NO | SI | Si | SI | NO | SI Poco | | | | | | | | |
| VOMITO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | | | | | | | |
| HECES | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | | | | | | | |
| MICCION | Sonda | sonda | Sonda | SI | | SI | | | | | | | | |
| PESO | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESION ARTERIAL MEDIA | | | | | | | | | | | | | | |
| % DESHIDRATACION | | | | | | | | | | | | | | |
| FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *dolor | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *neuro | | | | | | | | | | | | | | |
| REALIZADO POR *iniciales | | | MDB | | MDB | | | | | | | | | |
| PENDIENTES | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

| PACIENTE: PACO | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 30/09 | 01/10 | 2a1 | 3a1 |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | |
| BURETA 150 ML X UND | 1 | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | 1 | 1+1 | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | 1 | 1 | 1 | 1 |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | | 1 | | |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | |
| FCO GOTERO X ___ ML | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | 1 | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | 1 | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | |
| JERINGA 1 ML | 2 | 1+2H | | 2 |
| JERINGA 10 ML | | | | |
| JERINGA 20 ML | | | | |
| JERINGA 2-3 ML | 3 | 3 | | 2 |
| JERINGA 5 ML | 2 | 3 | | |
| JERINGA 50 ML | | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | |

| # HC 2939 | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | | 01/10 | 02/10 | |
| LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | |
| LATA E/N CANINO 377 G | | | | |
| LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | |
| LATA HA CANINE X 377 GR | | | | |
| LLAVE DE TRES VIAS | | | | |
| MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | |
| MILPRO CACHORRO TAB | | | | |
| OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | |
| OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | |
| SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | |
| SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | |
| SOLUCION CLORURO X 100ML | | | | |
| SOLUCION CLORURO X 500ML | 1 | | | |
| SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | 1 | | 1 | |
| SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | |
| SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | |
| SONDA NELATHON # | | | | |
| SONDA NELATHON # | | | | |
| SONDA URINARIA FELINO | 2 | | | |
| SUPRASOB A COMPRESA | | | | |
| SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | |
| SUT. POLIDIOXANONA # | | | | |
| SUT. POLIGALACTINA # | | | | |
| SUTURA N/A # | | | | |
| TAPON HEPARINIZADO | 1 | 1+1 | | |
| TEST DE FLUORESCEINA | | | | |
| TEST DE LEUCEMIA | | | 1 | |
| TEST DE MOQUILLO | | | | |
| TEST DE PARVOVIRUS | | | | |
| TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | |
| TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt | | | | |
| TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | |

| 30/09/2024 | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | | 01/10 | 02/10 | |
| TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| VENDA TELA O GASA 4XS UND | | | | |
| VENOCLISIS MACROGOTEO | 2 | | | |
| VENOCLISIS MICROGOTEO | 1 | | | |
| VLIWASORB APOSITO | | | | |
| VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| CITOLOGIA | | | | |
| ECOGRAFIA ABDOMINAL | | 1 | | |
| ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | | | | |
| HEMOGRAMA UAM | 1 | | | |
| HIDRATACION | 1 | 1 | 1 | 1 |
| HISTOPATOLOGIA | | | | |
| HOSPITALIZACION | 1 | 1 | 1 | 1 |
| NEBULIZACION | | | | |
| REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| **SERVICIOS Y OTROS** | | | | |
| Dexametasona | 0,5 | | | |
| Tramadol amp. | 1 | | | |
| Propofol | 2ml | | | |
| Butorfanol | 0,1 | | | |
| Procedimiento sonda urina | 1 | | | |
| perfil de orina | | | 1 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

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

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

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

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

## REGISTRO PARA ENTREGA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS REMITIDOS POR EL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO DEL MUNICIPIO DE PEREIRA

Yo, Luz Gloria Cuervo, identificado con cedula de ciudadanía número 25036386 de Quinchia entiendo que Pacho identificad@ con historia clínica número 2959, ha terminado su proceso de hospitalización y tiene alta médica, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa. Además, a partir de este momento me hago responsable económicamente de su manutención y de sus gastos médicos, que pueden incluir a futuro radiografías, ecografías, exámenes de sangre y/o procedimientos adicionales a los que ya se le han practicado.

Certifico que el/la paciente recibió la atención primaria que requería, fue sometida a procedimientos quirúrgicos y servicios hospitalarios por valor de $ 101.450, y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de estos servicios.

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

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

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

Luz Gloria Cuervo
**Tutor/acudiente:**
Institución:
CC: 25036386

**Médico Veterinario:**
Visión de las Américas
M.P: 47491

**Funcionario Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 4 de octubre de 2024
Nota: Quien firma el documento acepta ser el responsable del/la paciente.

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES REMITIDOS DEL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO**

Yo Luz Gloria Cuervo identificado con cédula de ciudadanía número 25036386 de Quinchía en calidad de responsable de PACHO, especie felino, raza mestizo, sexo M X H ___, de 5 años, con 5.11 Kg de peso e historia clínica número 2959. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del paciente, por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas**, realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar su estado de salud.

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

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

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

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

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

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

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución. He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

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

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

En contraparte yo Santiago Pulgarin J con tarjeta profesional número 47491 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

**Nota: Quien firma como acudiente acepta ser el responsable por el paciente; En caso que el paciente no tenga acudiente el hospital público veterinario de la ciudad de Pereira será el único responsable y tomador de decisiones autorizado y será el encargado de ubicar un hogar o definir el destino final del paciente una vez completada su recuperación.**

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

Luz Gloria Cuervo
**Tutor/Acudiente**
CC: 25036386
Tel: 3013556863

**Médico Veterinario Visión de las Américas**
MP: 47491

En caso de pacientes sin acudiente por favor diligenciar la siguiente información:

| Lugar de procedencia o hallazgo | Descripción de los hechos | |
|---|---|---|
| *Especificar sector/barrio/vereda | | |
| **Datos de quien entrega** | | |
| **Nombre completo** | **Cedula** | **Teléfono** |
| | | |
| **Dirección:** | | |

**Autoriza el ingreso Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

**CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO**

Fecha de ingreso: 22/Oct/2024
Paciente: PACHO # HC: 2959
Diagnostico presuntivo: Obstrucción

Sexo: M X H
Especie: felino
Edad: 5 AÑOS

Peso: 5 Kg. Cta $ 3.
Médico tratante: Santiago Pulgarín
Obs.

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 22/10 | Tramadol | TV | 8h | 3mg | 0.3 ml | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ○ | | |
| | Dipirona | TV | 8h | 15mg | 0,15ml | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ○ | |
| | Cefalotina | IV | TID | 20mg/kg | 0.5mL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ○ | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# Clínica Veterinaria Visión de la Américas

## Exámen físico diario paciente hospitalizado

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

Ingresa: _____ Obs: _____

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

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

| PACIENTE: | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | # HC 2959 | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 22/10 | | | | ARTICULO | 22/10 | | | | ARTICULO | 22/10 | | | |
| ARENA PARA GATOS X LB | 1 | | | | LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | | TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | | LATA E/N CANINO 377 G | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | 1 | | | | LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BURETA 150 ML X UND | | | | | LATA HA CANINE X 377 GR | | | | | VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | | LLAVE DE TRES VIAS | | | | | VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | | MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | | VENOCLISIS MACROGOTEO | | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | | | | | MILPRO CACHORRO TAB | | | | | VENOCLISIS MICROGOTEO | 1 | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | 1 | | | | OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | | VLIWASORB APOSITO | | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | | | | | OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | | VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | | SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | | **CITOLOGIA** | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | | | | | SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | | **ECOGRAFIA ABDOMINAL** | | | | |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | | SOLUCION CLORURO X 100ML | | | | | **ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE** | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCION CLORURO X 500ML | 1 | | | | **HEMOGRAMA UAM** | 1 | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | 1 | | | | **HIDRATACION** | | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | | SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | | **HISTOPATOLOGIA** | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | 1 | | | | SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | | **HOSPITALIZACION** | | | | |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | **NEBULIZACION** | | | | |
| FCO GOTERO X ___ ML | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | **REPORTE RADIOGRAFICO** | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | | SONDA URINARIA FELINO | 1 | | | | **SERVICIOS Y OTROS** | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | | | SUPRASOB A COMPRESA | | | | | Placa adicional RX | 1 | | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | | | | | SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | | Dexmedeto 1mL | 1 | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | | SUT. POLIDIOXANONA # | | | | | Propofol 3mL | 1 | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | | SUT. POLIGALACTINA # | | | | | | | | | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | | SUTURA N/A # | | | | | | | | | |
| JERINGA 1 ML | 1 | | | | TAPON HEPARINIZADO | 1 | | | | | | | | |
| JERINGA 10 ML | | | | | TEST DE FLUORESCEINA | | | | | | | | | |
| JERINGA 20 ML | | | | | TEST DE LEUCEMIA | | | | | | | | | |
| JERINGA 2-3 ML | 3 | | | | TEST DE MOQUILLO | | | | | | | | | |
| JERINGA 5 ML | 3+2 | | | | TEST DE PARVOVIRUS | | | | | | | | | |
| JERINGA 50 ML | | | | | TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | | | | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | | TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt | | | | | | | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | | TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | | | | | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZA

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

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

zoetis

**PACHO** ID del paciente: 2959

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 2/09/2019
Dueño: UKUMARY, CONVENIO
Sexo: Macho
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

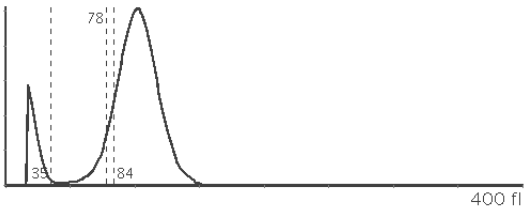
# Hematología

Fecha: 22/10/2024 11:29 AM  N° de serie del analizador: 360017749

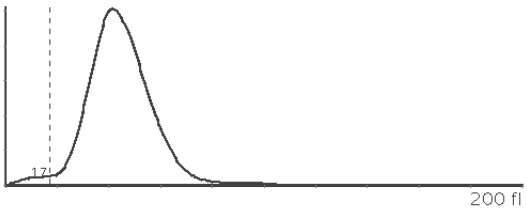
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **LEU** Leucocitos/Glóbulos blancos | 33.07 10^3/µl | ALTO | 3.5 | 20.7 |
| **LIN** Linfocito | 2.08 10^3/µl | | 0.83 | 9.1 |
| **MON** Monocito | 2.29 10^3/µl | ALTO | 0.09 | 1.21 |
| **NEU** Neutrófilo | 28.63 10^3/µl | ALTO | 1.63 | 13.37 |
| **EOS** Eosinófilo | 0.07 10^3/µl | | 0.02 | 0.49 |
| **BAS** Basófilo | 0.00 10^3/µl | | 0.0 | 0.2 |
| **LIN%** Linfocito (%) | 6.3 % | | | |
| **MON%** Monocito (%) | 6.9 % | | | |
| **NEU%** Neutrófilo (%) | 86.6 % | | | |
| **EOS%** Eosinófilo (%) | 0.2 % | | | |
| **BAS%** Basófilo (%) | 0.0 % | | | |
| **ERI** Eritrocitos/Glóbulos rojos | 8.01 10^6/µl | | 7.7 | 12.8 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **Hb** Hemoglobina | 11.4 g/dl | | 10.0 | 17.0 |
| **Hto** Hematocrito | 33.19 % | BAJO | 33.7 | 55.4 |
| **VCM** Volumen corpuscular medio | 41 fl | | 35.0 | 52.0 |
| **HCM** Hemoglobina corpuscular media | 14.2 pg | | 10.0 | 16.9 |
| **CHCM** Concentración de HCM | 34.3 g/dl | | 27.0 | 35.0 |
| **RDWc** Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 26.9 % | ALTO | 18.3 | 24.1 |
| **RDWs** Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 38.3 fl | | | |
| **PLT** Plaquetas | 195 10^3/µl | | 125.0 | 618.0 |
| **VPM** Volumen plaquetario medio | 10.0 fl | | 8.6 | 14.9 |
| **PCT** Plaquetocrito | 0.20 % | | | |
| **PDWc** Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 35.2 % | | | |
| **PDWs** Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 13.8 fl | | | |

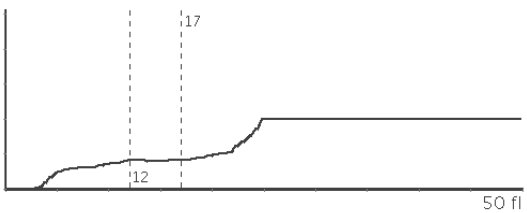
## Histograma: LEU



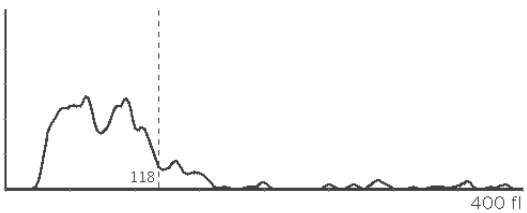

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT

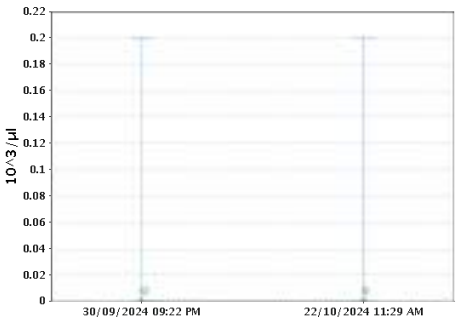



## Histograma: EOS

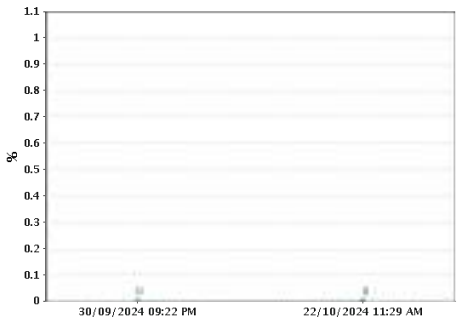


# Tendencias

## BAS
Basófilo



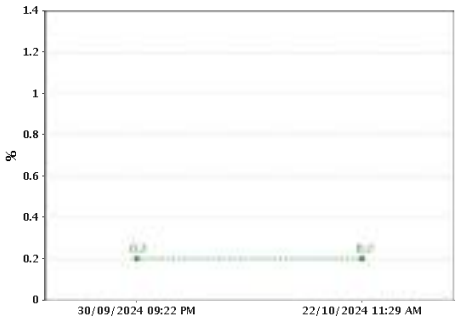

## BAS%
Basófilo (%)



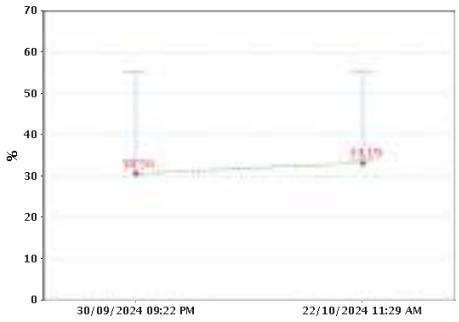

## EOS
Eosinófilo



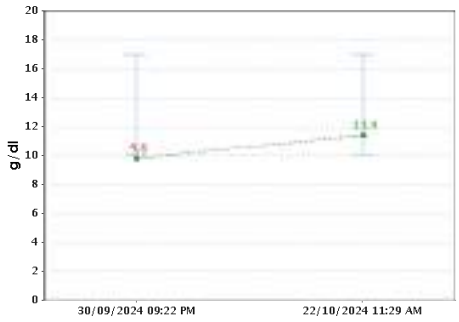

## EOS%
Eosinófilo (%)



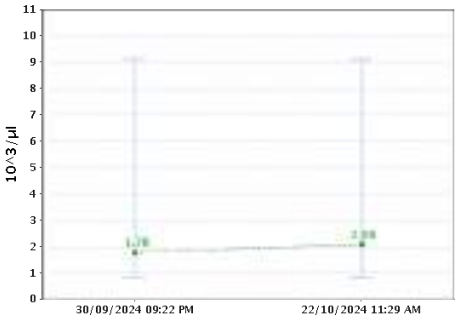

## Hto
Hematocrito



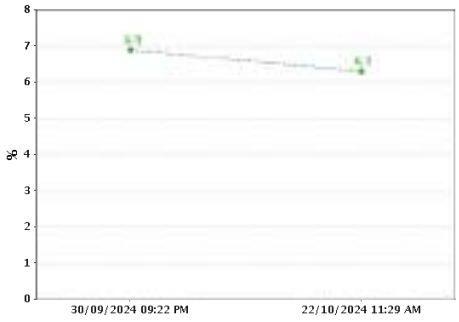

## Hb
Hemoglobina



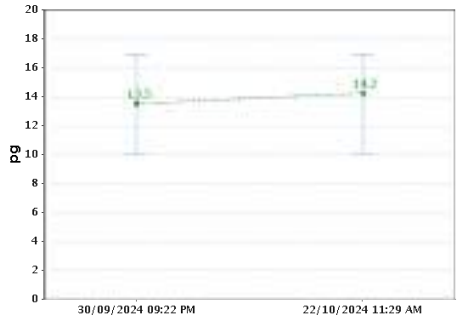

## LIN
Linfocito



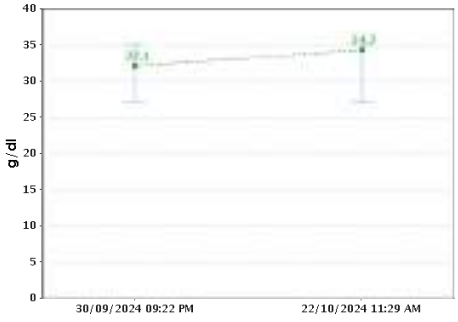

## LIN%
Linfocito (%)



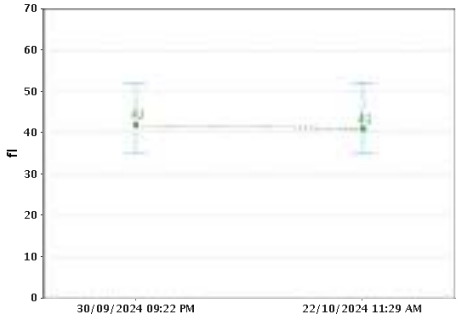

## HCM
Hemoglobina corpuscular media



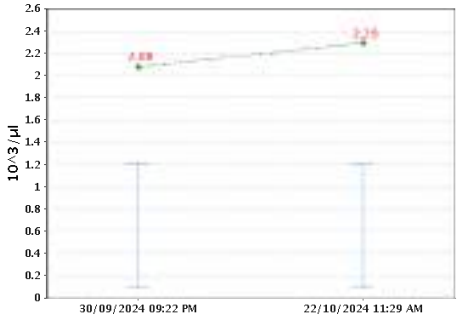

## CHCM
Concentración de HCM



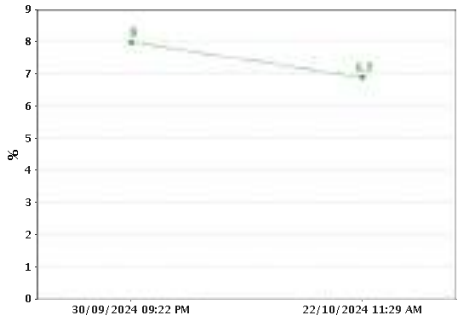

## VCM
Volumen corpuscular medio



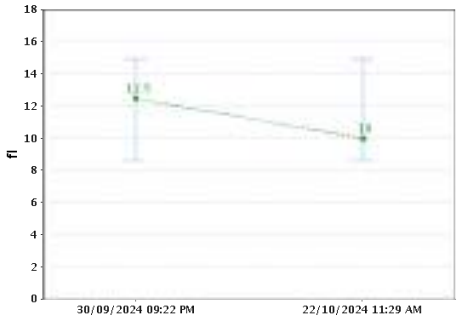

## MON
Monocito



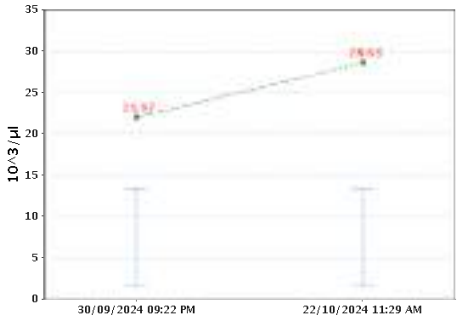
## MON%
Monocito (%)



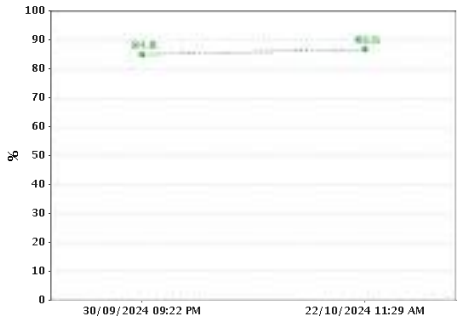

## VPM
Volumen plaquetario medio



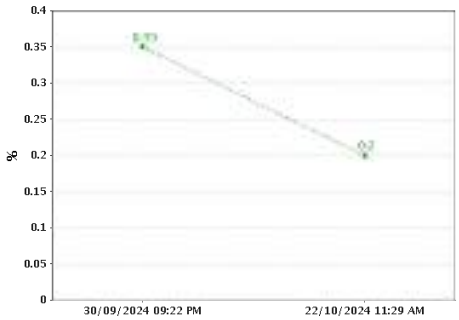

## NEU
Neutrófilo



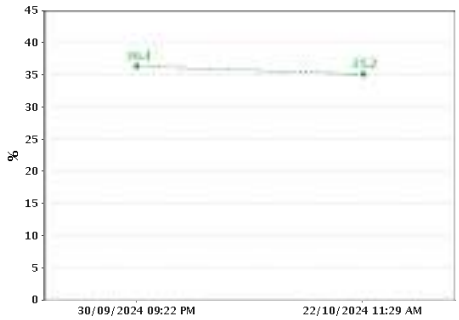

## NEU%
Neutrófilo (%)



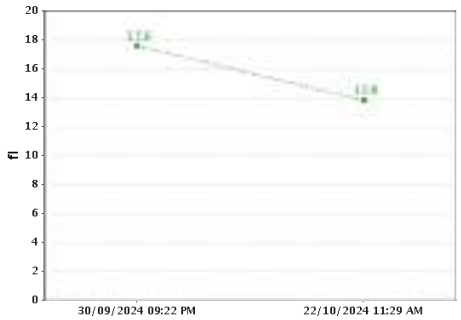

## PCT
Plaquetocrito



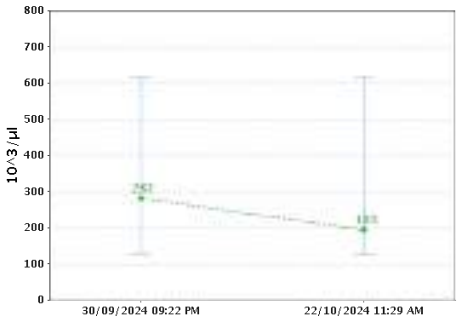

## PDWc
Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación




## PDWs
Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar



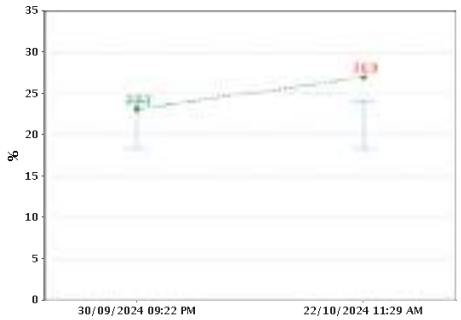

## PLT
Plaquetas



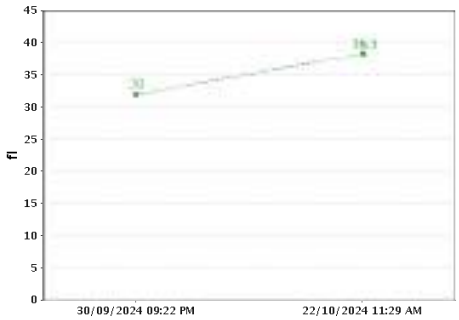

## ERI
Eritrocitos/Glóbulos rojos



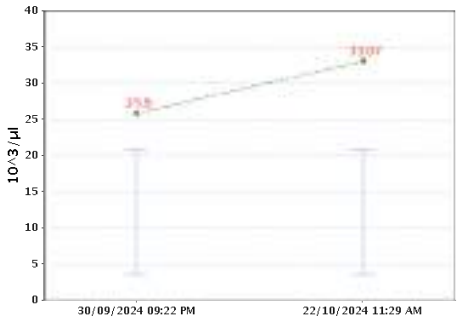

## RDWc
Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación




## RDWs
Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar




## LEU
Leucocitos/Glóbulos blancos



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

PACHO

ID del paciente: 2959

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 2/09/2019
Dueño: UKUMARY, CONVENIO

Sexo: Macho
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

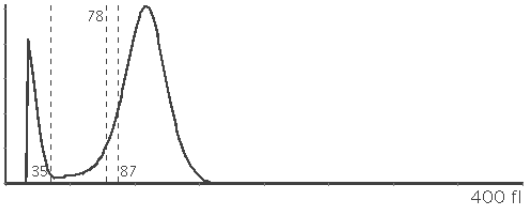
# Hematología

Fecha: 30/09/2024 09:22 PM  N° de serie del analizador: 360017749

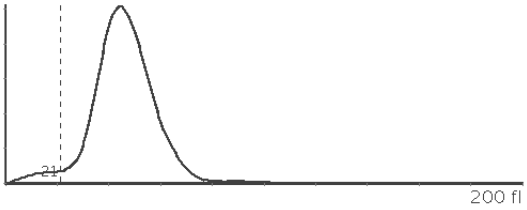
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **LEU** Leucocitos/Glóbulos blancos | 25.90 10^3/µl | ALTO | 3.5 | 20.7 |
| **LIN** Linfocito | 1.78 10^3/µl | | 0.83 | 9.1 |
| **MON** Monocito | 2.08 10^3/µl | ALTO | 0.09 | 1.21 |
| **NEU** Neutrófilo | 21.97 10^3/µl | ALTO | 1.63 | 13.37 |
| **EOS** Eosinófilo | 0.06 10^3/µl | | 0.02 | 0.49 |
| **BAS** Basófilo | 0.00 10^3/µl | | 0.0 | 0.2 |
| **LIN%** Linfocito (%) | 6.9 % | | | |
| **MON%** Monocito (%) | 8.0 % | | | |
| **NEU%** Neutrófilo (%) | 84.8 % | | | |
| **EOS%** Eosinófilo (%) | 0.2 % | | | |
| **BAS%** Basófilo (%) | 0.0 % | | | |
| **ERI** Eritrocitos/Glóbulos rojos | 7.28 10^6/µl | BAJO | 7.7 | 12.8 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **Hb** Hemoglobina | 9.8 g/dl | BAJO | 10.0 | 17.0 |
| **Hto** Hematocrito | 30.56 % | BAJO | 33.7 | 55.4 |
| **VCM** Volumen corpuscular medio | 42 fl | | 35.0 | 52.0 |
| **HCM** Hemoglobina corpuscular media | 13.5 pg | | 10.0 | 16.9 |
| **CHCM** Concentración de HCM | 32.1 g/dl | | 27.0 | 35.0 |
| **RDWc** Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 23.1 % | | 18.3 | 24.1 |
| **RDWs** Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 32.0 fl | | | |
| **PLT** Plaquetas | 282 10^3/µl | | 125.0 | 618.0 |
| **VPM** Volumen plaquetario medio | 12.5 fl | | 8.6 | 14.9 |
| **PCT** Plaquetocrito | 0.35 % | | | |
| **PDWc** Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 36.4 % | | | |
| **PDWs** Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 17.6 fl | | | |

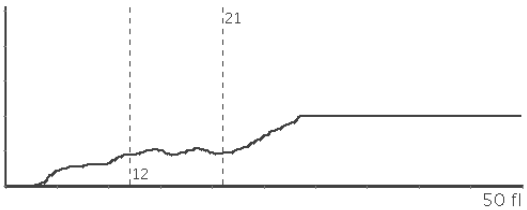
## Histograma: LEU



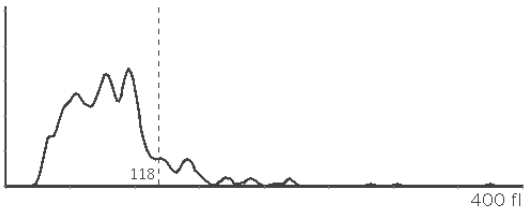

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT




## Histograma: EOS



## Informe Resultados PACHO, Numero de reporte IR-P40711 F

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Profesional solicitante:** | MARIA LABARCA | **Identificación:** | PACHO |
| **Empresa :** | CLINICA UAM | **Propietario:** | UKUMARI |
| **Dirección Empresa:** | NR | **Especie / Edad:** | FELINA / 5 AÑOS |
| **Teléfono Empresa:** | NR | **Raza / Sexo:** | MESTIZO / MACHO |
| **Fecha de Ingreso:** | 2024-10-02 13:27 | **Fecha de Reporte:** | 2024-10-02 13:58 |

| Examen | Resultado | Unidad | Rango Sugerido |
|---|---|---|---|
| **1 Citoquimico de Orina. Urit** | | | |
| Color | AMARILLO | | Amarillo oscuro a marron |
| Aspecto | TURBIO | | |
| Leucocitos | POSITIVO | Leu/ul | Negativo |
| Cuerpos Cetónicos | NEGATIVO | mg/dl | Negativo |
| Nitritos | NEGATIVO | mg/dl | Negativo |
| Urobilinogeno | NORMAL | µmol/L | 7-16 Negativo a debil positivo |
| Bilirrubina | NEGATIVO | mg/dL | Negativo |
| Glucosuria | NEGATIVO | mg/dL | Negativo |
| Proteinuria | 7.5 | mg/dL | Negativo |
| Densidad | 1038 | mg/dl | 1035-1045 |
| pH | 7.0 | | 5.0-7.0 |
| Sangre en Orina | POSITIVO | Eri/uL | Negativo |
| Acido Ascorbico | 0 | mmol/L | <5.0 |
| Microalbuminuria | 150 | mg/L | <300 |
| Calcio en orina | 1.0 | mmol/L | <7.50 |
| Creatininuria | 17.6 | mmol/L | <30 |
| UPC (Ratio proteína/creatinina en orina) | 0.426 | mg/dl | <0.4 mg/dl |
| **Analisis Sedimento Urinario** | | | |
| Cantidad de sedimento: | MODERADO | | |
| Leucocitos. | 20-25 PC PIOCITOS | | |
| Eritrocitos:. | >50 PC DISMORFICOS | | |
| Bacterias | MODERADAS | | |
| Celulas bajas | 8-10 PC | | |
| Celulas altas | 10-12 PC | | |
| Cristales de Orina | SE OBSERVA MODERADA PRESENCIA DE CRISTALES DE ESTRUVITA EN EL SEDIMENTO URINARIO ANALIZADO | | |
| Cilindros | NO SE OBSERVA | | |
| Otros Hallazgos | NO SE OBSERVA | | |

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

**Procesado por:** Elena Rodriguez Galindo **Revisado por:** Josept Curiel Peña.

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

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

**Fin del Informe de resultados N°:IR-P40711**



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

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

PACHO

ID del paciente: 2959

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 2/09/2019
Dueño: UKUMARY, CONVENIO

Sexo: Macho
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

# Preventive Care Profile Plus

Fecha: 30/09/2024 09:28 PM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 4265AC8

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **BUN**<br>Nitrógeno ureico en sangre | 31 *<br>mg/dL | ALTO | 10.0 – 30.0 | |
| **CRE**<br>Creatinina | 1.3<br>mg/dL | | 0.3 – 2.1 | |
| **ALT**<br>Alanina aminotransferasa | 26<br>U/L | | 20.0 – 100.0 | |
| **ALP**<br>Fosfatasa alcalina | 18<br>U/L | | 10.0 – 90.0 | |
| **AST**<br>Aspartato aminotransferasa | 29<br>U/L | | 12.0 – 43.0 | |
| **TBIL**<br>Bilirrubina total | 0.3<br>mg/dL | | 0.1 – 0.6 | |
| **GLU**<br>Glucosa | 137<br>mg/dL | | 70.0 – 150.0 | |
| **CA**<br>Calcio | 9.3<br>mg/dL | | 8.0 – 11.8 | |
| **TP**<br>Proteinas totales | 5.8<br>g/dL | | 5.4 – 8.2 | |
| **ALB**<br>Albúmina | 2.3<br>g/dL | | 2.2 – 4.4 | |
| **GLOB**<br>Globulina | 3.5<br>g/dL | | 1.5 – 5.7 | |
| **NA+**<br>Sodio | 148<br>mmol/L | | 142.0 – 164.0 | |
| **K+**<br>Potasio | 5.2<br>mmol/L | | 3.7 – 5.8 | |
| **CL-**<br>Cloruros | 118<br>mmol/L | | 99.0 – 122.0 | |
| **tCO2**<br>Dióxido de carbono total | 18<br>mmol/L | | 15.0 – 24.0 | |

Hemólisis
0

Lipemia
1+

Ictericia
0

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

ESTUDIO ULTRASONOGRAFICO DE ABDOMEN

| | |
|---|---|
| Nombre del paciente:Pacho | Medico/clinica referente:C.V UAM |
| Edad:. | Raza:DPC |
| Sexo : M/C | Historial: FLUDT |

Hallazgos ultrasonográficos:

Vejiga: contenido luminal escaso con presencia de material generador de sombra acústica distal asociado a su pared dependiente, grosor de la pared aumentado (4.4mm).
Riñones :hiperecogenicidad cortical. y ecotextura normal, adecuada definición/diferenciación corteza medula, márgenes lisos, longitud riñón izquierdo (41mm),longitud riñón derecho (43mm).
intestino delgado (yeyuno):pared estratificada normal, contenido luminal mucoso y gaseoso,grosor (3.2mm).
Estomago: patrón de contenido luminal de mucus y gas, pared estratificada normal.(1.2mm).
glándula adrenal derecha: ecogenicidad y ecotextura normal,grosor del polo craneal (4mm), grosor del polo caudal (4.3mm).
glándula adrenal izquierda: ecogenicidad y ecotextura normal,grosor del polo craneal (3.7mm), grosor del polo caudal (3.6mm).
Rama pancreática izquierda: ecogenicidad y ecotextura normal, grosor (5.5mm).
Bazo: ecogenicidad y ecotextura normal.
Hígado: ecogenicidad y ecotextura normal.
Vesícula biliar : contenido luminal anecoico, pared normal,grosor (0.6mm).
Duodeno: contenido luminal mucoso y gaseoso, pared estratificada normal.(3.3mm).

Opinión y diagnósticos diferenciales:

Hallazgos ultrasonográficos en vejiga sugieren sedimento mineral y cistitis.
Hallazgos ultrasonográficos en riñones sugieren nefropatía inflamatoria.

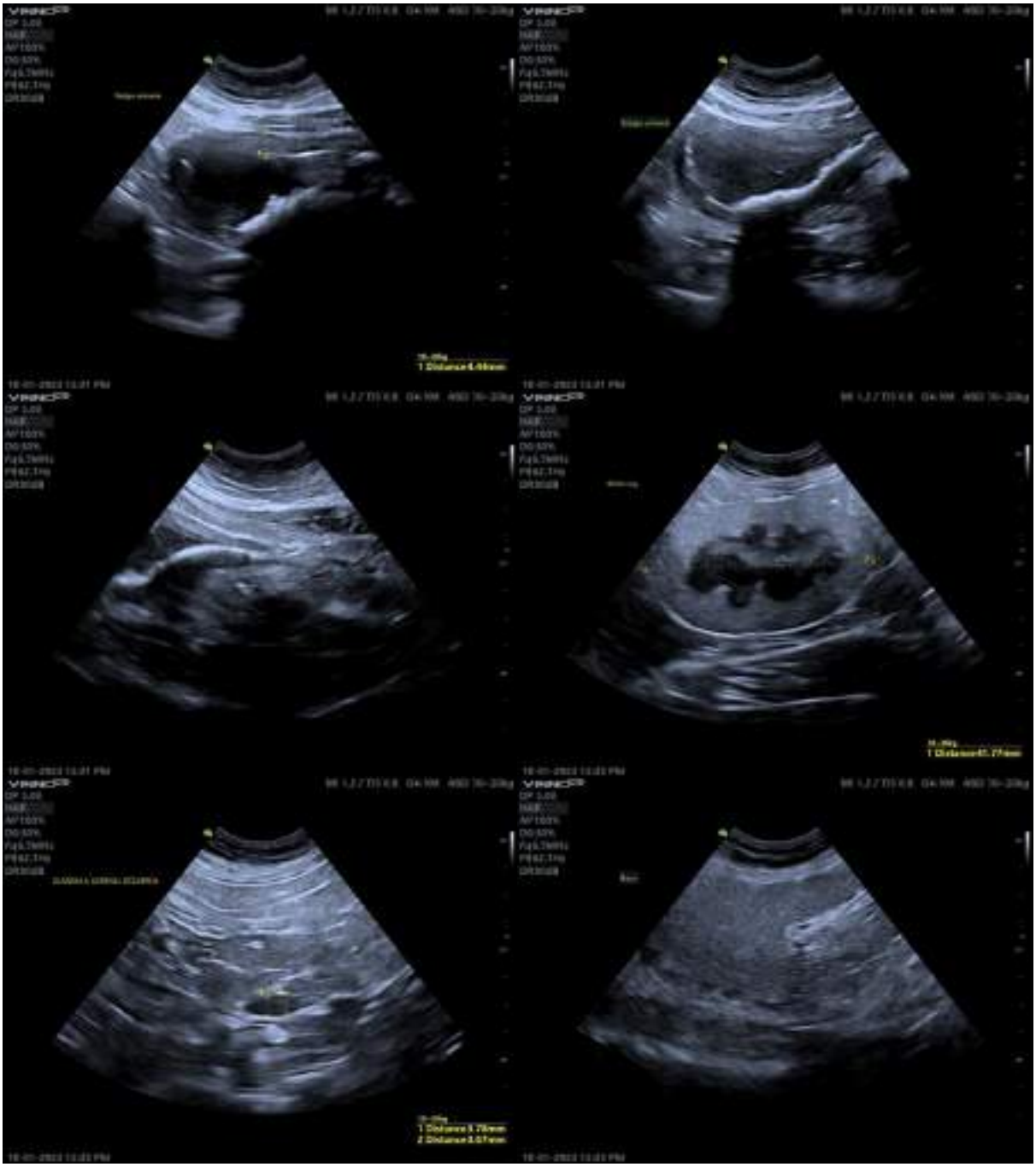
Estefania Cardona

MVZ Estefanía Cardona Cruz
M.P. 26174

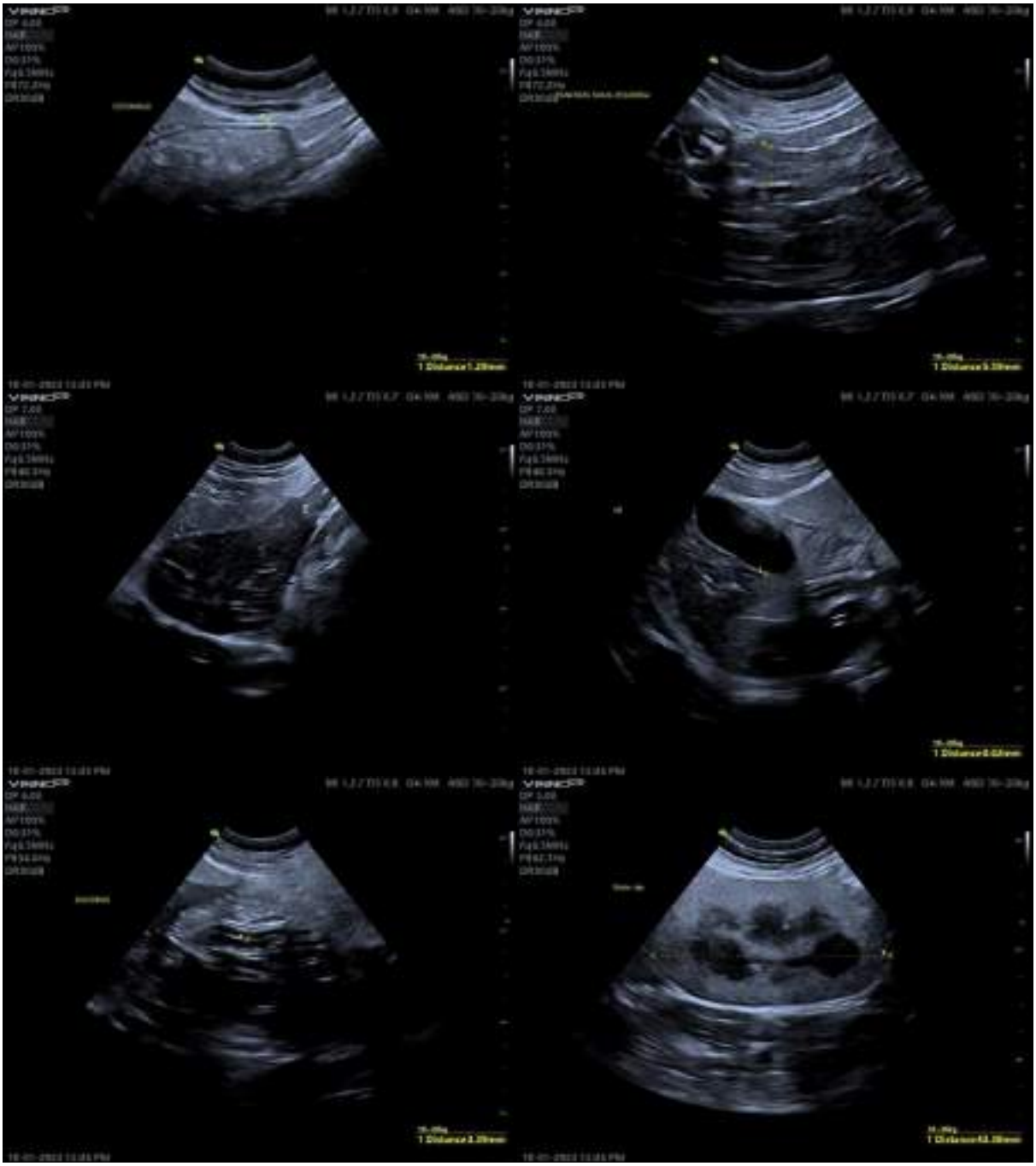
*Estimado propietario : El ultrasonido es una herramienta complementaria que ayuda a visualizar estructuras internas y posibles anomalías. Sin embargo, para obtener un diagnóstico preciso y completo, es crucial integrar estos resultados con el cuadro clínico de su mascota y otros exámenes realizados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

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

*IMÁGENES:*



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



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



Ultrasonido Veterinario
Pereira




PACHO
02/10/24
FIV Ab
FeLV Ag
C
T

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *24/09/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 129-PALOMA
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 20/09/2024
Última Visita: 20/09/2024

Paciente: PALOMA
Especie: FELINO
Raza: MESTIZO
Sexo: HEMBRA CASTRADA
Pelaje:
Microchip:
Fecha de Nac.: 21/09/2022
Fecha de Alta: 20/09/2024
Última Visita: 20/09/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 20/09/2024 11:50:03 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491

PACIENTE REMITIDA POR HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO

DANIELA MARQUEZ
CC 1088326036
TEL: 3009028149 Y 3144752535 (PERSONAL DANIELA)

Ingresa remitida para estudio radiografico de codo, vistas LL Y AP.

Se aprecia fractura cubito del mti.

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

# CTA. CTE.

*24/09/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 129-PALOMA

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 20/09/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE (3 PLACAS) - Unit. $79500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 79500 | 0 | 79500 |

Moneda: $

**SALDO:** 79500

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

**Fecha:** 19-09-24 **Remitido por:** Alejandra Trujillo

**Especie / Raza:** Felino **Nombre:** Paloma

**Diagnóstico presuntivo:** Fractura

**Quién traslada nombre / Cédula:**

Se remite paciente para Rx lateromedial anteroposterior de codo izquierdo. (MAI)

**Firma de Profesional Veterinario**

Nombres y Apellidos
MP: 51882

**Firma del encargado**

Nombres y Apellidos
CC: _____

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

## REGISTRO DE ATENCION AMBULATORIA PARA PACIENTES REMITIDOS POR EL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO DEL MUNICIPIO DE PEREIRA

Yo, Daniela Marquez Bustos, identificado con cedula de ciudadanía número 1088326036 de Pereira certifico que Paloma identificado/a con historia clínica número 2921, he recibido atención médica por parte de la clínica veterinaria visión de la Américas, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa.

Certifico que el/la paciente recibió durante su atención los siguientes servicios y productos:
radiografia de MTI, vista LL y AP

y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de los mismos.

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

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

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 20 de Sept de 2019

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

Daniela Marquez B
**Propietario/acudiente:**
CC: 1.088326036
TEL: 3144752545

**Médico Veterinario:**
Visión de las Américas
M.P: 47491

**Autoriza el servicio Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES REMITIDOS DEL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO**

Yo Daniela Marquez Bustos identificado con cédula de ciudadanía número 1.088.326.036 de Pereira en calidad de responsable de Paloma, especie Mestiza, raza felina, sexo M___ H X, de 2 años, con 3.1 Kg de peso e historia clínica número 2909. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del paciente, por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas**, realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar su estado de salud.

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

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

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

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

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

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

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución. He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

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

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

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

**Nota: Quien firma como acudiente acepta ser el responsable por el paciente; En caso que el paciente no tenga acudiente el hospital público veterinario de la ciudad de Pereira será el único responsable y tomador de decisiones autorizado y será el encargado de ubicar un hogar o definir el destino final del paciente una vez completada su recuperación.**

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 01 de 10 del 2024

Daniela Vargas E.B.
**Tutor/Acudiente**
CC: 1.088-326-036
Tel: 3144752545
3205086848

J. D. N.
**Médico Veterinario Visión de las Américas**
MP: 39207

En caso de pacientes sin acudiente por favor diligenciar la siguiente información:

| Lugar de procedencia o hallazgo | Descripción de los hechos | |
|---|---|---|
| *Especificar sector/barrio/vereda | | |
| **Datos de quien entrega** | | |
| **Nombre completo** | **Cedula** | **Teléfono** |
| | | |
| **Dirección:** | | |

**Autoriza el ingreso Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

Clínica Veterinaria Visión de los Andes

Por los Animales

## CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de Ingreso: 01/10/24
Paciente: paloma # HC: 7907
Diagnostico presuntivo: fractura radio mid

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

Peso: 3.1 Kg Cta $ 3
Médico tratante: D. J.
Obs.

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 oct | Butorfanol | 8h | SC | 0.1mg/kg | 0,03ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | ⊗ | |
| | Meloxidol 0,5% | 24h | SC | 0,2mg/kg | 0,1ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Dipirona | 8h | IV | 10mg/kg | 0,06ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Cefalotina | 12h | IV | 20mg/kg | 0,3ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 oct | Butorfanol | 8h | SC | 0,1mg/kg | 0,05ml | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | ⊗ | | | ⊗ | |
| | Meloxidol 0,5% | 24h | SC | 0,2mg/kg | 0,05ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Dipirona | 8h | IV | 10mg/kg | 0,06ml | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Cefalotina | 12h | IV | 20mg/kg | 0,3ml | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | |
| | Cynca | 12h | VO | 2mg/kg | 0,3ml | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | |
| | Ketamina | CRI | IV | 0,5ml/kg/h | 0,12ml | | | | | ⊗ | ⊗ | ⊗ | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 oct | Butorfanol | 8h | SC | 0,1mg/kg | 0,03ml | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊖ | | | | | | | | ⊖ | |
| | Meloxidol 0,5% | 24h | SC | 0,1mg/kg | 0,05ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Dipirona | 8h | IV | 10mg/kg | 0,06ml | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊖ | | | | | | | | | | | | |
| | Cefalotina | 12h | IV | 20mg/kg | 0,3ml | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊖ | | | |
| | Cynca | 12h | VO | 2mg/kg | 0,3ml | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊖ | | | | | | |

**Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:** Subir cuenta a convenio

Programado O / Aplicado X

## CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de Ingreso: _____ Numero de HC: _____ Médico tratante: _____

Paciente: _____ Peso: _____ Obs. _____

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

**Exámen físico diario paciente hospitalizado**

Paciente: Paloma. Numero de HC: 2907 Peso de ingreso: 10.1

Fecha de ingreso: 01-10-24 Obs:

| FECHA | | | |
|---|---|---|---|
| HORA / PARAMETRO | 2 oct 4:30am | 2/10 9:20pm | 3/10 4:30am |
| T° | 37.8C | 38C | 37.7 |
| FC | 176 | 200 | 180 |
| FR | 44 | 48 | 40 |
| PULSO | F/C | F | Fuerte |
| MUCOSAS | R/H | R | rosa |
| TLLC | 2seg | 2s | 2" |
| COME | NO | Si | Si |
| BEBE | NO | Si | Si |
| VOMITO | NO | No | NO |
| HECES | NO | No | NO |
| MICCION | NO | Si | NO |
| PESO | | | |
| PRESION ARTERIAL MEDIA | | | |
| % DESHIDRATACION | | | |
| FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am | | | |
| SCORE GLASGOW *dolor | 10/20 | | |
| SCORE GLASGOW *neuro | | | |
| REALIZADO POR *iniciales | DRM HCVD | | |
| PENDIENTES | | | |
| OBSERVACIONES | | | |

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

**Exámen físico diario paciente hospitalizado**

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

Fecha de ingreso: _____ Obs: _____

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

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

| PACIENTE: Pelmo | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 01/10 | 2021 | 3abr | |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | |
| BURETA 150 ML X UND | | 1 | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | | | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | | 1 | | |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | 1 | 1 | | |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | |
| FCO GOTERO X ____ ML | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | 1 | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | |
| JERINGA 1 ML | 3+1 | 1 | 1 | |
| JERINGA 10 ML | | | | |
| JERINGA 20 ML | | | | |
| JERINGA 2-3 ML | | | | |
| JERINGA 5 ML | | | | |
| JERINGA 50 ML | | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | |

| # HC | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 01/10 | 2021 | | |
| LATA CANINE I/D 13 OZ | 1 | | | |
| LATA E/N CANINO 377 G | | | | |
| LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | |
| LATA HA CANINE X 377 GR | | | | |
| LLAVE DE TRES VIAS | | | | |
| MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | |
| MILPRO CACHORRO TAB | | | | |
| OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | |
| OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | |
| SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | |
| SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | |
| SOLUCION CLORURO X 100ML | | | | |
| SOLUCION CLORURO X 500ML | | | | |
| SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | | 1 | | |
| SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | |
| SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | |
| SONDA NELATHON # | | | | |
| SONDA NELATHON # | | | | |
| SONDA URINARIA FELINO | | | | |
| SUPRASOB A COMPRESA | | | | |
| SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | |
| SUT. POLIDIOXANONA # | | | | |
| SUT. POLIGALACTINA # | | | | |
| SUTURA N/A # | | | | |
| TAPON HEPARINIZADO | | | | |
| TEST DE FLUORESCEINA | | | | |
| TEST DE LEUCEMIA | | | | |
| TEST DE MOQUILLO | | | | |
| TEST DE PARVOVIRUS | | | | |
| TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | |
| TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt | | | | |
| TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | |

| | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 01/10 | 2021 | | |
| TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI | 1 | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| VENDA TELA O GASA 4XS UND | | | | |
| VENOCLISIS MACROGOTEO | | | | |
| VENOCLISIS MICROGOTEO | | 1 | | |
| VLIWASORB APOSITO | | | | |
| VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| CITOLOGIA | | | | |
| ECOGRAFIA ABDOMINAL | | | | |
| ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | | | | |
| HEMOGRAMA UAM | | | | |
| HIDRATACION | | | | |
| HISTOPATOLOGIA | | | | |
| HOSPITALIZACION | 1 | 1 | | |
| NEBULIZACION | | | | |
| REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| **SERVICIOS Y OTROS** | | | | |
| Collar isabelino # 2 = 1 | | | | |
| Rx adicional | | 2 | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

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

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## FORMULARIO DE MONITORIZACIÓN ANESTÉSICA DEL PACIENTE QUIRUGICO

Procedimiento (s): osteosintesis Paciente: Coloso HC: 2907 Fecha: 01/10/24

Diagnostico: fractura de codo MAI Canino: ___ Felino: X Raza: MX Peso (kg): 3.1 Kg

Temperatura: 39.8 Fc: 170 Fr: 32 Pulso: fc. Mucosas: Rosa. # Catéter: 22 ASA: II

### PREMEDICACIÓN

Profesional Encargado: Rotante: Tipo de líquidos:

| Medicamento *nombre/concentracion | Dosis (mg/kg) | Dosis (ml) | Vía de admin | Hora de aplicación |
|---|---|---|---|---|
| Butorfanol | 0.2 mg/kg | 0.2 ml | I.V | 3:00 |
| Ketamina | 1 mg/kg | 0,15 ml | I.V | 3:00 |
| Dexmedetomidina | 3 mg/kg | 0.1 ml | I.V | 3:00 |
| | | | | |
| | | | | |

Nivel de sedación: ninguno ___ leve ___ adecuado X excesivo ___ Tubo endotraqueal: # 6.0 Hora de intubación: 3:10

### INDUCCIÓN

Profesional Encargado: Rotante: Tipo de líquidos:

| Medicamento *nombre/concentracion | Dosis (mg/kg) | Dosis (ml) | Vía de admin | Hora de aplicación |
|---|---|---|---|---|
| Propofol | 4 mg/kg | 2 ml | I.V | 3:00 |
| | | | | |
| | | | | |

### HIDRATACIÓN ANESTÉSICA

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

### ALTERACIONES Y/O COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

| Tipo de Complicación | Hora | Observaciones |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## MANTENIMIENTO ANESTESICO

**MV en anestesia:** _____ **MV cirujano:** _____ **Estudiante:** _____

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

| Minutos | 5" | 10" | 15" | 20" | 25" | 30" | 35" | 40" | 45" | 50" | 55" | 60" | 65" | 70" | 75" | 80" |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hora | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ISO% | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O2 L/m | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FC | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FR | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T°C | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SpO2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pulso | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fluidos ml/h | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBS. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

# SOLICITUD DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA CIRUGIA Y PROCEDIMEINTOS

FECHA 01/10/2024 PACIENTE Peloma HC PROCEDIMIENTO Ortejoda.

| ARTICULO | S | D | U |
|---|---|---|---|
| *19 AGUJA ESPINOCAN 20G X 3 1/2 | | | |
| *19 AGUJA HIPODERMICA 18G 1 1/2 | | | |
| *19 AGUJA HIPODERMICA 21G 1 1/2 | | | |
| *19 AGUJA HIPODERMICA 23G X 1 | | | |
| *19 ARENA PARA GATOS X LB | | | |
| *19 BAJALENGUAS X UNIDAD | | | |
| *19 BATA BLANCA DESECHABLE MANGA LARGA | | | |
| *19 BATAS AZUL PACIENTE PUÑO RIB UNIDAD | | | |
| *19 CAMPO ESTERIL CERRADO 0,80/0,80 XL | 1 | | |
| *19 COPITO MADERA ESTERIL UND | | | |
| *19 COPITOS DE MADERA X UND | | | |
| *19 CUCHILLA BISTURI #10 UD | | | |
| *19 CUCHILLA BISTURI #15 UNIDAD | | | |
| *19 CUCHILLA BISTURI #21 UND | | | |
| *19 CUCHILLA MINORA CAJA X 5 UND | | | |
| *19 FRASCO GOTERO X 10 ML | | | |
| *19 FRASCO GOTERO X 120 ML | | | |
| *19 FRASCO GOTERO X 60 ML | | | |
| *19 FRASCO RECOLECTOR ORINA | | | |
| **19 GORROS CIRUGÍA DESECHABLES UNIDAD* | | | |
| GUANTES QUIRÚRGICOS 6,5 PAQUETE X 2 | | | |
| *19 GUANTES QUIRÚRGICOS 7,0 PAQUETE X 2 | 2 | | |
| *19 GUANTES QUIRÚRGICOS 8,5 PAQUETE X 2 | | | |
| *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD | 2 | | |
| *19 JERINGA 10 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD | | | |
| *19 JERINGA 1/3 ML X 1 UND | 2 | | |
| *19 JERINGA 10 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD | | | |
| *19 JERINGA 5 ML 23G X 1 1/2 UNIDAD | 1 | | |
| *19 JERINGA 50 ML UNIDAD | | | |
| *19 JERINGA 60 ML PUNTA CATETER | | | |
| *19 KIT DE NEBULIZACION PEDIATRICO | | | |
| *19 LAPIZ ELECTROBISTURI | | | |
| *19 LLAVE DE TRES VIAS | | | |
| *19 POLAINAS DESECHABLES PAR | | | |
| *19 PUNCH PARA BIOPSIA 3 MM | | | |
| *19 TAPABOCAS ELAST X UNIDAD | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 2 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 2.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.0 | 1 | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 5.0 | | | |
| UND ENDOTRAQUEAL # 5.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 7.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 7.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 8.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 8.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 9.0 | | | |
| *ampia ESTERIL X 500M | | | |
| *BURETA 150 ML X UND | | | |
| *CANULA NASAL DE OXIGENO ADULTO | | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 18 | | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 20 ROSADO | | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL | | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 24 AMARILLO | 1 | | |
| *COMPRESA ESTERIL 45X45 | | | |
| *EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD | | | |
| *EXTENCION PARA ANESTASIA ADULTO | | | |
| *FCO PROPOFOL 1% VIAL X 20ML | | | |
| *OXIGENO MEDICINAL A 2L/MIN X HORA (PARED) | | | |
| *OXIGENO MEDICINAL A 4L/MIN X HORA (PARED) | | | |
| *SET DE TRANSFUSIÓN SANGRE | | | |
| *SOLUCION CLORURO O SODIO X 100ML | | | |

| ARTICULO | S | D | U |
|---|---|---|---|
| *SOLUCION CLORURO O SODIO X 500ML | | | |
| *SOLUCION OSMOTICA MANITOL 20% X 500 ML | | | |
| *SOLUCIÓN DEXTROSA AL 5% X 500 ML | | | |
| *SOLUCIÓN DEXTROSA AL 50% X 1 ML | | | |
| *SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | 1 | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N10 | | | |
| SONDA FOLEY 2 VIAS N10 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #14 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #16 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #18 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #6 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #8 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 10 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 12 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 14 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 16 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 18 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 20 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 4 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 6 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N12 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N14 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N16 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N18 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N22 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #10 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #12 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 8 | | | |
| *SONDA URINARIA FELINO X UND | | | |
| *SUPRASORB A COMPRESA | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 0 | 1 | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 1 | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 2-0 | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 3-0 | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 5-0 | | | |
| *SUTURA A. POLICIOXANONA 2-0 | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 1 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 2-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 3-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 4-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 2-0 (UNIDAD) | 1 | | |
| *SUTURA N/A 3-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 4-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 5-0 (UNIDAD) | | | |
| *TAPON HEPARINIZADO UND | 1 | | |
| *TEST DE FLUORESCEINA OFTALMICO | | | |
| *TEST DE SCHIMER OFTALMICO TIRILLA UND | | | |
| *TG Fix VENDA TUBULAR ELASTICA X METRO | | | |
| *VENDA COBAN PET-FLEX 10 X 4,5 TS | | | |
| *VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | |
| *VENOCLISIS MACROGOTEO | | | |
| *VENOCLISIS MICROGOTEO | 1 | | |
| *VUWASORB APOSITO | | | |
| *ADRENALINA INY X ML | | | |
| *ATROPINA SUSP INY X 5 ML | | | |
| *BUTOHMEN INY X ML | | | |
| *CEFAZOLINA SUSP INY X ML | | | |
| *COLINET INYECTABLE X ML | | | |
| *CONVENIA SUSP INY X ML | | | |
| *DEXAMETASONA 8MG/2ML | | | |
| *DEXMEDETOMIDINA INY X ML | | | |
| *DIPIROLONA LA SUSP INY X ML | | | |
| *EDO ATP SUSP INY X ML | | | |
| *EPINEFRINA INY AMPLL 1 MG / ML | | | |

| MEDICAMENTOS | S | D | U |
|---|---|---|---|
| *BUTHANEX INY X ML | | | |
| *FENTANILO 0.05 MG/ML x dosis (AMP 10 ML) | | | |
| *FENTANILO 0.1 MG/2ML x dosis (AMP 2 ML) | | | |
| *ISOFLUORANO RECARGA | | | |
| *KAVITEX EL | | | |
| *KETAMINA INY DOSIS X ML | | | |
| *MANITOL 20% X ML | | | |
| *MELODOL INY 0,5% X ML | | | |
| *MELOXIC INY 2% X ML | | | |
| *MIDAZOLAM INY X ML | | | |
| *MULTIBIO INY X ML | | | |
| *OMEPRAZOL AMP X 40 MG/ML | | | |
| *ONDANSETRON AMPLL 8 MG/4L | | | |
| *OXITOCINA DOSIS X ML | | | |
| *PENTHAL INY X ML | | | |
| *PROCAINA INY X ML | | | |
| *PROPOFOL INY 1% DOSIS X ML | | | |
| *QUERCETOL INY XML | | | |
| *RANIDIN INY X ML | | | |
| *RESURRAM INY DOSIS X ML | | | |
| *RONCAINA INY DOSIS X ML | | | |
| *TRAMADOL 50MG/ML AMPLL X 2 ML | | | |
| *TRANQUILAN INY X ML | | | |
| *VETHISTAM INY X ML | | | |
| *XILASYNA 2% INY DOSIS X ML | | | |
| *ZOLETIL INY X ML | | | |
| *HEPARINA SODICA 5000 UI/ML X ML | | | |
| Cefazolina preguirúrgico | 1 | | |
| Ketorolaco | | | |
| Esteriles RX | 1 | | |

Observaciones:

Suministra:

Devuelve:

Carga cuenta:

*S suministrados o alistados

*D Devueltos o no usados

*U utilizados = S-D

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

## REGISTRO PARA ENTREGA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS REMITIDOS POR EL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO DEL MUNICIPIO DE PEREIRA

Yo, M.ª Jessenia H G., identificado con cedula de ciudadanía número 1088291423 de Pereira entiendo que Paloma identificad@ con historia clínica número 2921, ha terminado su proceso de hospitalización y tiene alta médica, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa. Además, a partir de este momento me hago responsable económicamente de su manutención y de sus gastos médicos, que pueden incluir a futuro radiografías, ecografías, exámenes de sangre y/o procedimientos adicionales a los que ya se le han practicado.

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

Comprendo que en caso de no seguir el plan de terapéutico instaurado y las recomendaciones pos quirúrgicas dadas por los médicos puede haber complicaciones tales como:
* Dehiscencia de sutura * Rechazo de material quirurgico
* Complicaciones por no seguir recomendaciones

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

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

**Tutor/acudiente:**
Institución:
CC: 1088291423

**Médico Veterinario:** Maria Laberia
Visión de las Américas
M.P: 29999

**Funcionario Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 03 de 10 de 2024
Nota: Quien firma el documento acepta ser el responsable del/la paciente.

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

zoetis

**Paloma** ID del paciente: 2921

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 21/09/2022
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio
Sexo: Hembra
Raza: Mestizo
Doctor: Desconocido/a

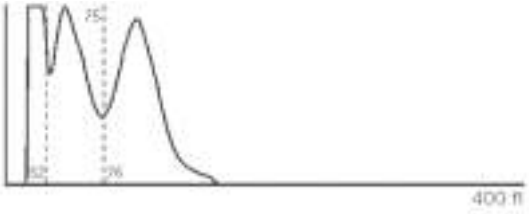
# Hematología

Fecha: 30/09/2024 11:59 AM  N° de serie del analizador: 360017749

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **LEU** Leucocitos/Glóbulos blancos | 8.16 10^3/µl | | 3.5 – 20.7 | |
| **LIN** Linfocito | 3.68 10^3/µl | | 0.83 – 9.1 | |
| **MON** Monocito | 0.12 10^3/µl | | 0.09 – 1.21 | |
| **NEU** Neutrófilo | 4.26 10^3/µl | | 1.63 – 13.37 | |
| **EOS** Eosinófilo | 0.09 10^3/µl | | 0.02 – 0.49 | |
| **BAS** Basófilo | 0.01 10^3/µl | | 0.0 – 0.2 | |
| **LIN%** Linfocito (%) | 45.1 % | | | |
| **MON%** Monocito (%) | 1.5 % | | | |
| **NEU%** Neutrófilo (%) | 52.2 % | | | |
| **EOS%** Eosinófilo (%) | 1.1 % | | | |
| **BAS%** Basófilo (%) | 0.1 % | | | |
| **ERI** Eritrocitos/Glóbulos rojos | 9.60 10^6/µl | | 7.7 – 12.8 | |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **Hb** Hemoglobina | 15.3 g/dl | | 10.0 – 17.0 | |
| **Hto** Hematocrito | 46.89 % | | 33.7 – 55.4 | |
| **VCM** Volumen corpuscular medio | 49 fl | | 35.0 – 52.0 | |
| **HCM** Hemoglobina corpuscular media | 15.9 pg | | 10.0 – 16.9 | |
| **CHCM** Concentración de HCM | 32.6 g/dl | | 27.0 – 35.0 | |
| **RDWc** Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 22.0 % | | 18.3 – 24.1 | |
| **RDWs** Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 35.2 fl | | | |
| **PLT** Plaquetas | 529 10^3/µl | | 125.0 – 618.0 | |
| **VPM** Volumen plaquetario medio | 11.3 fl | | 8.6 – 14.9 | |
| **PCT** Plaquetocrito | 0.60 % | | | |
| **PDWc** Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 41.7 % | | | |
| **PDWs** Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 22.6 fl | | | |

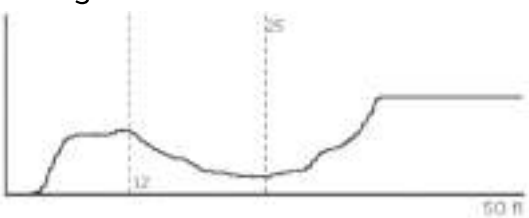
## Histograma: LEU



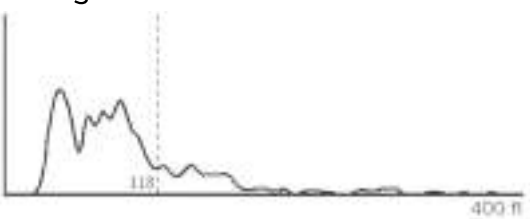

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT




## Histograma: EOS



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

**Paloma**

ID del paciente: 2921

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 21/09/2022
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Hembra
Raza: Mestizo
Doctor: Desconocido/a

# Preventive Care Profile Plus

Fecha: 30/09/2024 12:00 PM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 4265AC8

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **BUN**<br>Nitrógeno ureico en sangre | 22<br>mg/dL | | 10.0 – 30.0 | |
| **CRE**<br>Creatinina | 1.0<br>mg/dL | | 0.3 – 2.1 | |
| **ALT**<br>Alanina aminotransferasa | 58<br>U/L | | 20.0 – 100.0 | |
| **ALP**<br>Fosfatasa alcalina | 36<br>U/L | | 10.0 – 90.0 | |
| **AST**<br>Aspartato aminotransferasa | 24<br>U/L | | 12.0 – 43.0 | |
| **TBIL**<br>Bilirrubina total | 0.3<br>mg/dL | | 0.1 – 0.6 | |
| **GLU**<br>Glucosa | 85<br>mg/dL | | 70.0 – 150.0 | |
| **CA**<br>Calcio | 10.1<br>mg/dL | | 8.0 – 11.8 | |
| **TP**<br>Proteinas totales | 6.8<br>g/dL | | 5.4 – 8.2 | |
| **ALB**<br>Albúmina | 2.7<br>g/dL | | 2.2 – 4.4 | |
| **GLOB**<br>Globulina | 4.1<br>g/dL | | 1.5 – 5.7 | |
| **NA+**<br>Sodio | 152<br>mmol/L | | 142.0 – 164.0 | |
| **K+**<br>Potasio | 5.1<br>mmol/L | | 3.7 – 5.8 | |
| **CL-**<br>Cloruros | 116<br>mmol/L | | 99.0 – 122.0 | |
| **tCO2**<br>Dióxido de carbono total | 20<br>mmol/L | | 15.0 – 24.0 | |

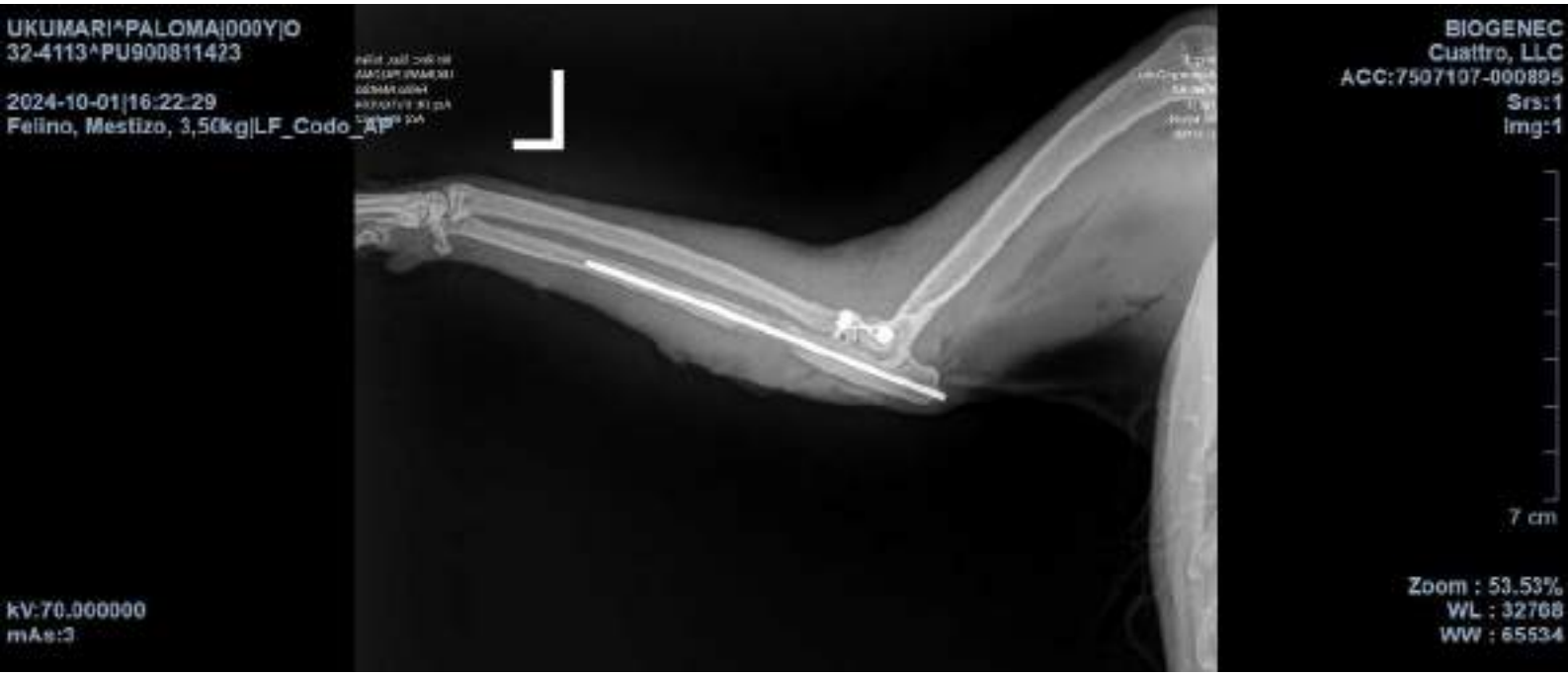
Hemólisis
0

Lipemia
0

Ictericia
0


UKUMARI^PALOMA|000Y|O
32-4113^PU900811423
2024-10-01|16:22:29
Felino, Mestizo, 3,50kg|LF_Codo_LAT
kV:70.000000
mAs:3
BIOGENEC
Cuattro, LLC
ACC:7507107-000895
Srs:2
Img:1
8 cm
Zoom : 44.01%
WL : 32768
WW : 65534


Img: 4
Anatomy: Codo
View: AP
Lat: LF
W: 65534
L: 32768
Vet Rec: pulgarin, santiago
ukumari, Paloma
Felino Mestizo
Acq Dt: 20/09/2024
Acq Tm: 12:07
MTI


UKUMARI^PALOMA|000Y|O
32-4113^PU900811423
2024-10-01|16:22:29
Felino, Mestizo, 3,50kg|LF_Codo_AP
kV:70.000000
mAs:3
BIOGENEC
Cuattro, LLC
ACC:7507107-000895
Srs:1
Img:1
7 cm
Zoom : 53.53%
WL : 32768
WW : 65534


Img: 1
Anatomy: Codo
View: LAT
Lat: LF
W: 65534
L: 32768
Vet Rec: pulgarin, santiago
ulaumari, Paloma
Felino Mestizo
Acq Dt: 20/09/2024
Acq Tm: 12:02
MTI

3145696180 Liz
3175499148 Ana

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

**Fecha:** 22 | 10 | 2024 **Remitido por:**

**Especie / Raza:** Felino Mestizo **Nombre:**

**Diagnóstico presuntivo:** edema pleural, pleuritis.

**Quién traslada nombre / Cédula:**

Paciente con mucosas cianoticas y gran dificultad respiratoria se remite paciente para radiografia toracica, estabilizacion oxigeno y Pruebas de laboratorio

Se administró 1ml de dexametasona
0.5ml de furosemida.

Carrera 13 # 9-67
Circunvalar

Pago por convenio

**Firma de Profesional Veterinario**

**Nombres y Apellidos**
**MP:** _____

**Firma del encargado**

**Nombres y Apellidos**
**CC:** _____

Powered by CamScanner

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *16/11/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 171- PINKY
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 22/10/2024
Última Visita: 16/11/2024

Paciente: PINKY
Especie: FELINO
Raza: MESTIZO
Sexo: MACHO ENTERO
Pelaje: BLANCO NEGRO
Microchip:
Fecha de Nac.: 23/10/2020
Fecha de Alta: 22/10/2024
Última Visita: 16/11/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 22/10/2024 03:56:57 PM -- Atendido Por: AUXILIAR VETERINARIO orlando lema
Paciente ingresa remitido por convenio hpv presente dificultad respiratoria traído por la señora Ana María Giraldo Cruz cc 1089601456 de Pereira residente en parque industrial mz 7 cs 16 sector b la cual manifiesta que el paciente lleva alrededor de tres días sin comer solo tomo agua el día de ayer no lo hemos visto orinar ni hacer popo, hace quince días se pasaron de casa no sé si este estresado porque no ha podido salir a la calle lo llevamos el día de hoy en la mañana tipo 10:30 y nos atendieron más o menos a las 2:52 le hicieron una reanimación porque empezó a soltar liquido no sé por dónde me lo pasaron y me dijeron que me viniera para acá inmediatamente

****** Fecha: 22/10/2024 04:53:02 PM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
Paciente ingresa a hospitalización canalizado en MTD, con distres respiratorio marcado, mucosas cianóticas, disnea, fr 48 rpm, sonidos respiratorios apagados, a la palpación abdominal presenta dolor severo y globo vesical. Se realiza radiografía de tórax y se evidencia efusión pleural y también se hace radiografía de abdomen donde se evidencia vejiga pletórica.
Se coloca midazolam a 0,5mg/kg iv du, butorfanol a 0,1mg/kg iv y propofol, se realiza proceso de desobstrucción urinaria, se evidencia hematuria severa, además se realiza toracentesis donde se extraen 40 ml de líquido serosanguinolento de tórax. Se instaura medicación butorfanol a 0,1mg/kg, dipirona a 15mg/kg y se deja con fluidos a 60ml/kg/día. Se deja en cámara de oxígeno. Se realiza test de sida y leucemia: SIDA +.

****** Fecha: 23/10/2024 06:04:55 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Se recibe paciente un poco deprimido, durante el turno es muy retraído y temeroso. Se ofrece concentrado y alimento húmedo, pero no muestra ningún interés.

Se realiza cambio de bolsa colectora a la media noche la cual tenía alrededor de 450ml de orina con presencia de sangre y muy turbia, desde esa ahora hasta las 6am se colectan 250ml de orina aún con presencia de sangre, pero menos turbia

Paciente sin dificultad respiratoria durante el turno, Se adiciona a la terapia AMPICILINA 20MG/KG IV CADA 12 HRS, FLAMOSYN: INTRAVESICAL 1 ML CADA 12 HRS Y COENZYME: 1ML IV CADA 12 HRS

****** Exámen Físico Fecha: 23/10/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: 37.8 °C -- F.C.: 148 /minuto -- F.R.: 36 /minutoCardiovascular: MUCOSAS ROSADAS. PASI: 113MMHG, PAD: 84MMHG, PAM: 89 MMHG. SPO2:90%

*** Fecha: 23/10/2024 12:45:20 AM FORMULA

****** Fecha: 23/10/2024 06:00:18 PM -- Atendido Por: JULIÁN DÍAZ NIETO - MP. 39207
Paciente en turno hipo dinámico, sonda urinaria permeable, tonalidad de orina ámbar, abdomen tenso con leve dolor a palpación, paciente se desplaza poco en canil, no defeca, come poco con la propietaria (carne y caldo), en caso de seguir inapetente mañana posicionar sonda de alimentación, se sigue medicación y establecida. FC: 148 RF:36 T: 37.8.

PENDIENTE ECOGRAFIA MAÑANA YA AUTORIZADA

****** Fecha: 24/10/2024 05:50:44 AM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
TURNO NOCHE:
Paciente alerta al medio, dinámico y activo durante el turno. Frecuencia respiratoria 28 rpm, fc 176 lpm sonidos sin alteraciones aparentes. Orina con leve hematuria. Presenta polidipsia durante la noche se toma aproximadamente 300 ml de agua. Consume muy bien pollo. Diuresis: 11,4ml/kg/hora. Presenta un episodio de diarrea en la noche.

*** Fecha: 24/10/2024 10:08:11 AM COMPREHENSIVE DIAGNOSTIC PROFILE
*** Fecha: 24/10/2024 10:08:24 AM HEMOGRAMA

****** Fecha: 24/10/2024 07:00:17 PM -- Atendido Por: JULIÁN DÍAZ NIETO - MP. 39207
Paciente en turno activo, atento al medio, come, se retira sonda urinaria a las 4:30 p.m a espera que orine, si orina evaluar alta mañana, se realiza cuadro hemático y químicas sanguíneas, se evidencia creatinina en 2,7 y alt 119 demás químicas en normalidad, leucocitosis, propietaria trae pregabalina liquida. Mucosas rosas, tllc: 1 seg, FC: 140 FR: 32, abdomen tenso sin dolor a palpación, se realiza eco torácica y no se evidencia efusión pleural (pendiente reporte), se realiza ecografía abdominal (pendiente reporte). Paciente con hidratación durante todo el turno.

****** Fecha: 25/10/2024 12:46:49 AM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
turno noche: Paciente alerta al medio, tranquilo. Se retira sonda urinaria en la tarde y en la noche se evidencia que orina en góticas pero buena cantidad, no orina en el arenero, se ve que lo hace en la cobija. La respiración está muy bien FR 32 rpm, no se evidencian alteraciones. PAS 136. Come bien, no presenta diarreas. Pendiente evaluar alta médica.
Paciente con PD/PU!!! Se realizó ecografía abdominal y se evidencia: Hiperplasia adrenal: que puede ser sugerente de: Hiperaldosteronismo, Hiperadrenocortisismo, Hipertiroidismo. Considerar realizar pruebas diagnósticas complementarias.

*** Fecha: 25/10/2024 12:48:06 AM ECOGRAFIA ABDOMINAL
*** Fecha: 25/10/2024 12:48:22 AM ECOGRAFIA DE TORAX
*** Fecha: 25/10/2024 05:28:59 PM FORMULA MEDICA

****** Fecha: 25/10/2024 06:31:25 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente estable, se continúa con la medicación establecida, orina en la cobija, pero no se observa que ingrese al arenero, se da alta médica. Constantes: FC 140, Temp, 37, FR 24, mucosas rosas, TLLC 2".

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 25/10/2024 TITULO: ECOGRAFIA ABDOMINAL
ver archivo adjunto

FECHA: 25/10/2024 TITULO: ECOGRAFIA DE TORAX
ver archivo adjunto

FECHA: 25/10/2024 TITULO: FORMULA MEDICA

I) LYRICA SUSP ORAL 20mg/ml .....#1 (USO HUMANO)
Suministrar via oral 0.4ml cada 12 horas (dos veces al dia) por 30 dias consecutivos.

II) PRAZOSINA TAB 1mg .....#2 (USO HUMANO)
Suministrar via oral 1/4 de tableta cada 24 horas durante 8 dias consecutivos.

NOTA
* en caso de volverse a obstruir se debe de llevar nuevamente al hospital publico veterinario y enviar un mensaje al whasapp de la clinica de la circunvalar.
* Poner agua por toda la casa para estimular un mayor consumo de agua.

_____
MVZ SANTIAGO PULGARIN J
MP: 47491

FECHA: 24/10/2024  TITULO: COMPREHENSIVE DIAGNOSTIC PROFILE
ver archivos adjuntos

FECHA: 24/10/2024  TITULO: HEMOGRAMA
ver archivos adjuntos

FECHA: 23/10/2024  TITULO: FORMULA
LYRICA SOLUCIÓN 20MG/ML ---------- # 1

DANIELA RESTREPO MORALES
MP:28558

FECHA: 22/10/2024  TITULO: HEMOGRAMA
VER ARCHIVO ADJUNTO.

# CTA. CTE.

*16/11/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 171- PINKY

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 22/10/2024 | CONSULTA UAM DIURNA - Unit. $37000 - DANIELA RESTREPO | 0.00 | 0 | 0 | 0 |
| 22/10/2024 | *HEEL FLAMOSIN AD US VET AMPLL X 5 ML - Unit. $30400 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 30400 | 0 | 30400 |
| 22/10/2024 | *FCO PROPOFOL 1% VIAL X 20ML - Unit. $38000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 38000 | 0 | 68400 |
| 22/10/2024 | *ROTOR DIAGNOSTICO COMPLETO (ALB,ALP,ALT,AMY,BUN,CA,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+,PHOS,TB - Unit. $95000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 95000 | 0 | 163400 |
| 22/10/2024 | *HEEL COENZYME AD US VET AMPLL X 5 ML - UNIT. $25100 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 25100 | 0 | 188500 |
| 22/10/2024 | SEDACION PROCEDIMIENTO - Unit. $40000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 40000 | 0 | 228500 |
| 22/10/2024 | DESOBSTRUCCION URETRAL FELINO (PROCEDIMIENTO) - Unit. $71000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 71000 | 0 | 299500 |
| 22/10/2024 | ABDOMINOCENTESIS/TORACOCENTESIS - Unit. $60000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 60000 | 0 | 359500 |
| 22/10/2024 | HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 35000 | 0 | 394500 |
| 22/10/2024 | HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 23400 | 0 | 417900 |
| 22/10/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 24300 | 0 | 442200 |
| 22/10/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE (3 PLACAS) - Unit. $79500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 79500 | 0 | 521700 |
| 22/10/2024 | *VENOCLISIS MICROGOTEO - Unit. $3400 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 3400 | 0 | 525100 |
| 22/10/2024 | *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.0 - Unit. $6800 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 6800 | 0 | 531900 |
| 22/10/2024 | *TEST LEUCEMIA FELV-FIV UND - Unit. $49000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 49000 | 0 | 580900 |
| 22/10/2024 | *19 TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $550 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 550 | 0 | 581450 |
| 22/10/2024 | *SUTURA N/A 1 (UNIDAD) - Unit. $14000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 14000 | 0 | 595450 |
| 22/10/2024 | *19 SONDA URINARIA FELINO X UND - Unit. $29800 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 29800 | 0 | 625250 |
| 22/10/2024 | *SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 4900 | 0 | 630150 |
| 22/10/2024 | *19 LLAVE DE TRES VIAS - Unit. $2800 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 5600 | 0 | 635750 |
| 22/10/2024 | *19 KIT DE MICRONEBULIZACION PEDIATRICO - Unit. $5700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5700 | 0 | 641450 |
| 22/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 700 | 0 | 642150 |
| 22/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 3.00 | 1500 | 0 | 643650 |
| 22/10/2024 | *19 JERINGA 20 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $750 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 1500 | 0 | 645150 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 22/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 1000 | 0 | 646150 |
| 22/10/2024 | *FORMULA DE CONTROL ESPECIAL - Unit. $15000 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 30000 | 0 | 676150 |
| 22/10/2024 | *EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD - Unit. $1300 - DANIELA RESTREPO | 3.00 | 3900 | 0 | 680050 |
| 22/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 18700 | 0 | 698750 |
| 22/10/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3600 - DANIELA RESTREPO | 3.00 | 10800 | 0 | 709550 |
| 22/10/2024 | *BURETA 150 ML X UND - Unit. $4600 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 4600 | 0 | 714150 |
| 22/10/2024 | *BUTORMIN INY X ML - Unit. $55000 - DANIELA RESTREPO | 0.20 | 11000 | 0 | 725150 |
| 22/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - DANIELA RESTREPO | 3.00 | 15000 | 0 | 740150 |
| 22/10/2024 | *OXIGENO MEDICINAL A 4L/MIN X HORA (PARED) - Unit. $8000 - DANIELA RESTREPO | 5.00 | 40000 | 0 | 780150 |
| 23/10/2024 | *AMPICILINA INYECTABLE VIAL X 1 G - Unit. $5000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5000 | 0 | 785150 |
| 23/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - DANIELA TRESPALACIOS | 2.00 | 1000 | 0 | 786150 |
| 23/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 500 | 0 | 786650 |
| 23/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 500 | 0 | 787150 |
| 23/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 350 | 0 | 787500 |
| 23/10/2024 | HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 35000 | 0 | 822500 |
| 23/10/2024 | HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 23400 | 0 | 845900 |
| 24/10/2024 | *BUTORMIN INY X ML - Unit. $55000 - DANIELA TRESPALACIOS | 0.50 | 27500 | 0 | 873400 |
| 24/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - DANIELA TRESPALACIOS | 3.00 | 15000 | 0 | 888400 |
| 24/10/2024 | *19 ECOGRAFIA ABDOMINAL - Unit. $110000 - DANIELA TRESPALACIOS | 2.00 | 220000 | 0 | 1108400 |
| 24/10/2024 | HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - DANIELA TRESPALACIOS | 2.00 | 70000 | 0 | 1178400 |
| 24/10/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 24300 | 0 | 1202700 |
| 24/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA TRESPALACIOS | 2.00 | 37400 | 0 | 1240100 |
| 25/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - DANIELA TRESPALACIOS | 3.00 | 15000 | 0 | 1255100 |

Moneda: $

**SALDO:** 1255100

3145696180 Luz
3175499148 Ana

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

**Fecha:** 22/10/2024 **Remitido por:**

**Especie / Raza:** Felino Mestizo **Nombre:**

**Diagnóstico presuntivo:** edema pleural, pleuritis.

**Quién traslada nombre / Cédula:**

Paciente con mucosas cianoticas y gran dificultad respiratoria se remite paciente para radiografia toracica, estabilnación oxigeno y Pruebas de laboratorio

Se administró 1ml de dexametasona
0.5ml de furosemida.

Carrera 13 # 9-67
circunvalar

Pago por convenio

**Firma de Profesional Veterinario**

Nombres y Apellidos
MP: _____

**Firma del encargado**

Nombres y Apellidos
CC: _____

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES REMITIDOS DEL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO

Yo Ana María Giraldo Cruz identificado con cédula de ciudadanía número 1089601456 de Pereira en calidad de responsable de Anki, especie felino, raza Mestizo, sexo M___ H X, de 4 años, con 3 Kg de peso e historia clínica número 3066-. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del paciente, por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar su estado de salud.

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

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

_____

_____

_____

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

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

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

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

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución. He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

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

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

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

**Nota: Quien firma como acudiente acepta ser el responsable por el paciente; En caso que el paciente no tenga acudiente el hospital público veterinario de la ciudad de Pereira será el único responsable y tomador de decisiones autorizado y será el encargado de ubicar un hogar o definir el destino final del paciente una vez completada su recuperación.**

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

x Ana María G.
**Tutor/Acudiente**
CC: 1089601456
Tel: 3175499198

**Médico Veterinario Visión de las Américas**
MP: RPP99

En caso de pacientes sin acudiente por favor diligenciar la siguiente información:

| **Lugar de procedencia o hallazgo** | **Descripción de los hechos** | |
|---|---|---|
| *Especificar sector/barrio/vereda | | |
| **Datos de quien entrega** | | |
| **Nombre completo** | **Cedula** | **Teléfono** |
| | | |
| **Dirección:** | | |

**Autoriza el ingreso Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de ingreso: 22/10/2014
Paciente: Pinky # HC: 3066.
Diagnostico presuntivo: _____

Sexo: M X H ___
Especie: Canino
Edad: 4 años

Peso: 3.5kg Cta $ 3
Médico tratante: _____
Obs. _____

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 22/10 | Butolfanol | BID | IV | | 0.1mL | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | ⊗ |
| | Dipirona | 8h | IV | 25mg/kg | 0,1ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23oct. | Butermin | 12h | IV | | 0,1ml | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | |
| | Dipirona | 8h | IV | 15mg/kg | 0,1ml | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ |
| | Flemasyn | 12h | intramuscular | | 1ml | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | |
| | Coenzyme | 12h | IV | | 1ml | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | |
| | Ampicilina | 12h | IV | 20mg/kg | 0,35ml | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24/10 | Butolfanol | BID | IV | | 0.1mL | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | |
| | Dipirona | TID | IV | 15mg/kg | 0.1mL | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ |
| | Flamasyn | BID | Intramuscular | | 1mL | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | |
| | Coenzima | BID | IV | | 1mL | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | |
| | Ampicilina | BID | IV | 20mg/kg | 0.35mL | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25/10 | Butolfanol | BID | IV | | 0.1mL | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊖ | | | | | | | ⊖ |
| | Dipirona | TID | IV | 15mg/kg | 0.1mL | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | |
| | Coenzima | BID | IV | | 1mL | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊖ | | | | | | | |
| | Ampicilina | BID | IV | 20mg/kg | 0.3mL | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | |

**Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:**

Programado O
Aplicado X

# Clínica Veterinaria Visión de l[illegible] Américas

## Exámen físico diario paciente hospitalizado

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

Ingresa: _____ Obs: _____

| FECHA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA / PARAMETRO | 5 oom 23/10 | 23/oct | 25oct | | | | | | | | | | | | | | |
| | 23/10 | | 4PM. | | | | | | | | | | | | | | |
| T° | 37.8 | 38 | 39. | | | | | | | | | | | | | | |
| FC | 148 | 144. | 140 | | | | | | | | | | | | | | |
| FR | 36 | 20. | 24. | | | | | | | | | | | | | | |
| PULSO | fuerte | F | F | | | | | | | | | | | | | | |
| MUCOSAS | rosa | R | R | | | | | | | | | | | | | | |
| TLLC | 2" | 2" | 2" | | | | | | | | | | | | | | |
| COME | NO | | Si | | | | | | | | | | | | | | |
| BEBE | NO | | Si | | | | | | | | | | | | | | |
| VOMITO | NO | NO | NO | | | | | | | | | | | | | | |
| HECES | NO | | NO. | | | | | | | | | | | | | | |
| MICCION | Sonda | Sonda | Si | | | | | | | | | | | | | | |
| PESO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESION ARTERIAL MEDIA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| % DESHIDRATACION | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *dolor | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *neuro | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REALIZADO POR *iniciales | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PENDIENTES | SPS: 113<br>DPa: 84<br>PM = 89 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

| PACIENTE: Pinky | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 22/10 | 23/10 | | |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | |
| BURETA 150 ML X UND | 1 | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | 3 | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | | | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | 1 | | | |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | 1 | | | |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | |
| FCO GOTERO X ___ ML | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | 1 | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | |
| JERINGA 1 ML | 1 | 1+1 | | |
| JERINGA 10 ML | | | | |
| JERINGA 20 ML | 2 | | | |
| JERINGA 2-3 ML | 3 | 11 | | |
| JERINGA 5 ML | 2 | 1 | | |
| JERINGA 50 ML | | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | 1 | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | |

| # HC | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 22/10 | | | |
| LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | |
| LATA E/N CANINO 377 G | | | | |
| LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | |
| LATA HA CANINE X 377 GR | | | | |
| LLAVE DE TRES VIAS | 1+1 | | | |
| MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | |
| MILPRO CACHORRO TAB | | | | |
| OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | |
| OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | |
| SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | |
| SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | |
| SOLUCION CLORURO X 100ML | | | | |
| SOLUCION CLORURO X 500ML | | | | |
| SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | 1 | | | |
| SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | |
| SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | |
| SONDA NELATHON # | | | | |
| SONDA NELATHON # | | | | |
| SONDA URINARIA FELINO | 1 | | | |
| SUPRASOB A COMPRESA | | | | |
| SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | |
| SUT. POLIDIOXANONA # | | | | |
| SUT. POLIGALACTINA # | | | | |
| SUTURA N/A # | 1 | | | |
| TAPON HEPARINIZADO | 1 | | | |
| TEST DE FLUORESCEINA | | | | |
| TEST DE LEUCEMIA | 1 | | | |
| TEST DE MOQUILLO | | | | |
| TEST DE PARVOVIRUS | | | | |
| TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | |
| TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt | | | | |
| TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | |

| | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 22/10 | 24/10 | | |
| TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.0 | 1 | | | |
| VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | | |
| VENOCLISIS MACROGOTEO | | | | |
| VENOCLISIS MICROGOTEO | 1 | | | |
| VLIWASORB APOSITO | | | | |
| VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| CITOLOGIA | | | | |
| ECOGRAFIA ABDOMINAL | | | | |
| ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | 1 | | | |
| HEMOGRAMA UAM | 1 | 1 | | |
| HIDRATACION | 1 | | | |
| HISTOPATOLOGIA | | | | |
| HOSPITALIZACION | 1 | 1 | | |
| NEBULIZACION | | | | |
| REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| **SERVICIOS Y OTROS** | | | | |
| Desobstrucción | 1 | | | |
| Sedación | 1 | | | |
| Lorenzime amp | 1 | | | |
| Lido. Completo | 1 | | | |
| propofol + fentanilo | 1 | | | |
| Pleuresyn | 1 | | | |
| [illegible] | | | | |
| Ecografia tom | 1 | | | |
| Eco Abdonal | 1 | | | |

cobrar como Abdonal

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

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

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

## REGISTRO PARA ENTREGA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS REMITIDOS POR EL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO DEL MUNICIPIO DE PEREIRA

Yo, Ana María Giraldo, identificado con cedula de ciudadanía número 1089604456 de Pereira entiendo que Pinky identificad@ con historia clínica número 3066, ha terminado su proceso de hospitalización y tiene alta médica, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa. Además, a partir de este momento me hago responsable económicamente de su manutención y de sus gastos médicos, que pueden incluir a futuro radiografías, ecografías, exámenes de sangre y/o procedimientos adicionales a los que ya se le han practicado.

Certifico que el/la paciente recibió la atención primaria que requería, fue sometida a procedimientos quirúrgicos y servicios hospitalarios por valor de $ 1'255.100, y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de estos servicios.

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

_____

_____

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

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

Ana María G.
**Tutor/acudiente:**
Institución:
CC:

**Médico Veterinario:** Santiago P.
Visión de las Américas
M.P: 47249 I

MP 23655
**Funcionario Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 25 de Oct de 2024
Nota: Quien firma el documento acepta ser el responsable del/la paciente.

Ciencia y amor con Sentido

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

zoetis

**PINKY** ID del paciente: 3066

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 23/10/2020
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

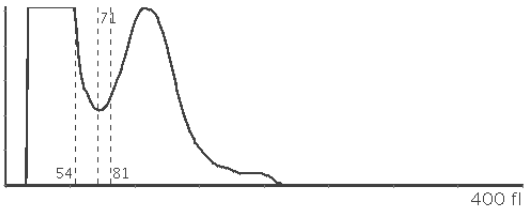
# Hematología

Fecha: 24/10/2024 09:51 AM  N° de serie del analizador: 360017749

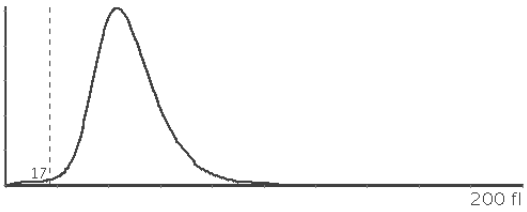
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **LEU** Leucocitos/Glóbulos blancos | 22.56 10^3/µl | ALTO | 3.5 | 20.7 |
| **LIN** Linfocito | 3.27 10^3/µl | | 0.83 | 9.1 |
| **MON** Monocito | 1.40 10^3/µl | ALTO | 0.09 | 1.21 |
| **NEU** Neutrófilo | 17.40 10^3/µl | ALTO | 1.63 | 13.37 |
| **EOS** Eosinófilo | 0.47 10^3/µl | | 0.02 | 0.49 |
| **BAS** Basófilo | 0.01 10^3/µl | | 0.0 | 0.2 |
| **LIN%** Linfocito (%) | 14.5 % | | | |
| **MON%** Monocito (%) | 6.2 % | | | |
| **NEU%** Neutrófilo (%) | 77.1 % | | | |
| **EOS%** Eosinófilo (%) | 2.1 % | | | |
| **BAS%** Basófilo (%) | 0.1 % | | | |
| **ERI** Eritrocitos/Glóbulos rojos | 9.25 10^6/µl | | 7.7 | 12.8 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **Hb** Hemoglobina | 13.1 g/dl | | 10.0 | 17.0 |
| **Hto** Hematocrito | 38.48 % | | 33.7 | 55.4 |
| **VCM** Volumen corpuscular medio | 42 fl | | 35.0 | 52.0 |
| **HCM** Hemoglobina corpuscular media | 14.1 pg | | 10.0 | 16.9 |
| **CHCM** Concentración de HCM | 33.9 g/dl | | 27.0 | 35.0 |
| **RDWc** Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 24.7 % | ALTO | 18.3 | 24.1 |
| **RDWs** Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 35.2 fl | | | |
| **PLT** Plaquetas | 148 10^3/µl | | 125.0 | 618.0 |
| **VPM** Volumen plaquetario medio | 11.6 fl | | 8.6 | 14.9 |
| **PCT** Plaquetocrito | 0.17 % | | | |
| **PDWc** Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 33.4 % | | | |
| **PDWs** Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 14.7 fl | | | |

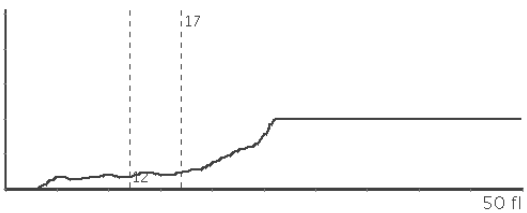
## Histograma: LEU



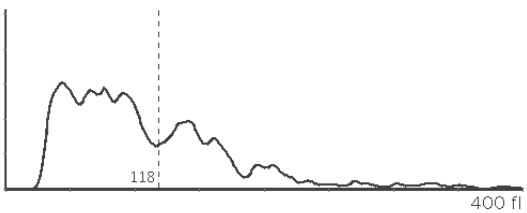

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT

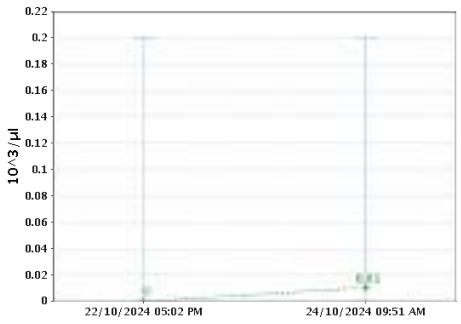



## Histograma: EOS



# Tendencias

## BAS
Basófilo



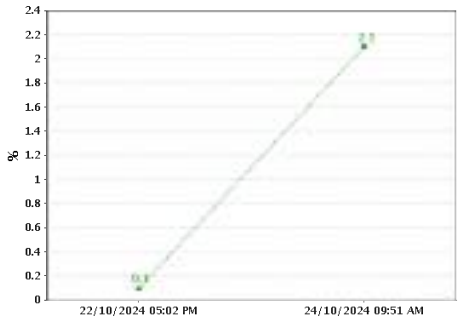

## BAS%
Basófilo (%)



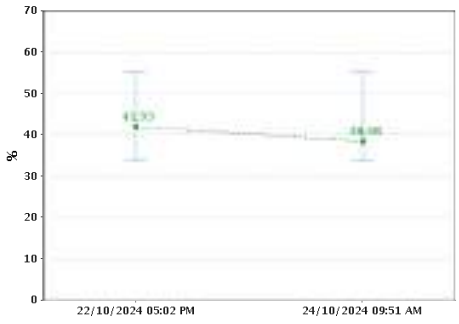

## EOS
Eosinófilo



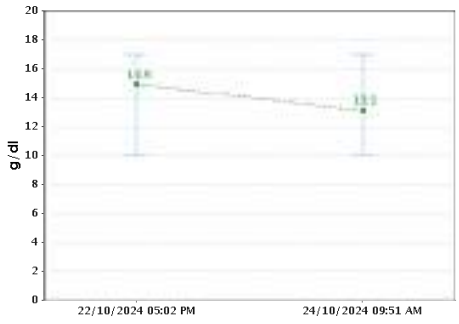

## EOS%
Eosinófilo (%)



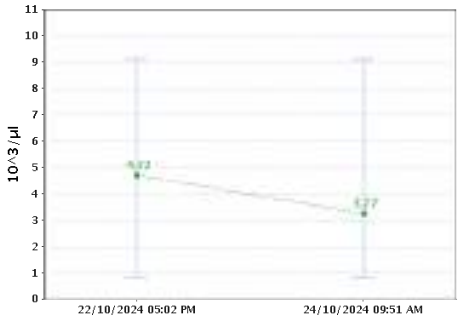

## Hto
Hematocrito




## Hb
Hemoglobina




## LIN
Linfocito



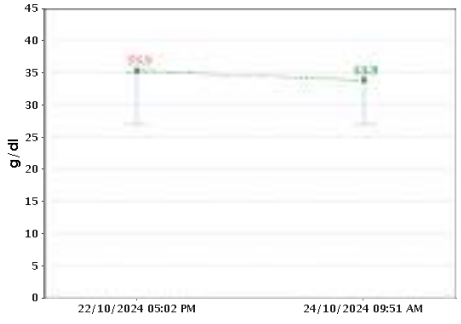

## LIN%
Linfocito (%)



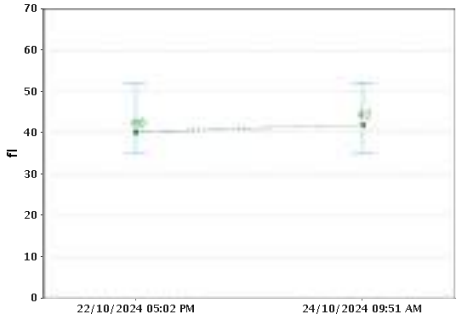

## HCM
Hemoglobina corpuscular media



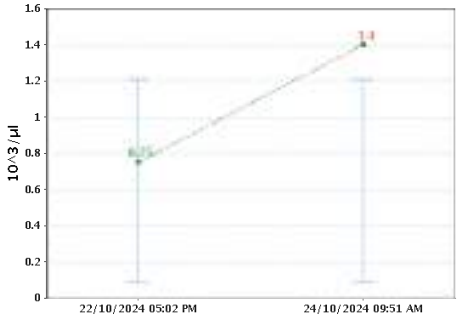

## CHCM
Concentración de HCM



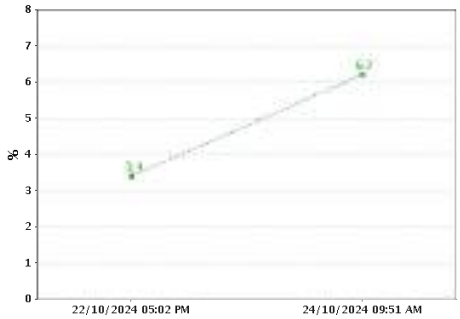

## VCM
Volumen corpuscular medio



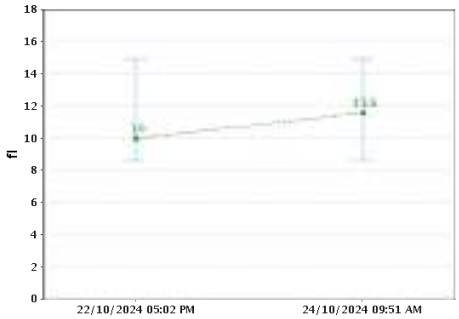

## MON
Monocito



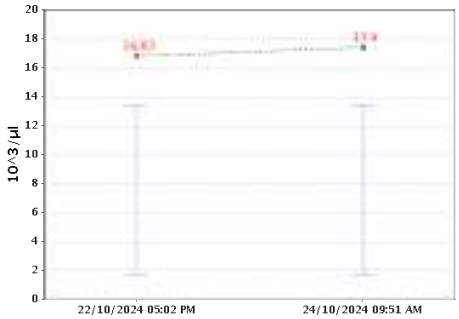
## MON%
Monocito (%)



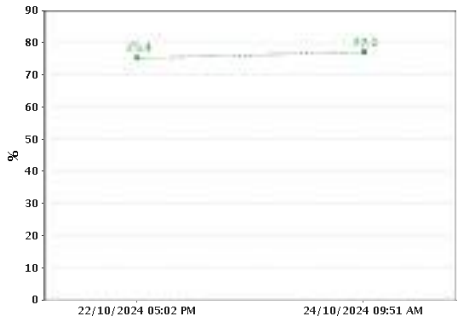

## VPM
Volumen plaquetario medio



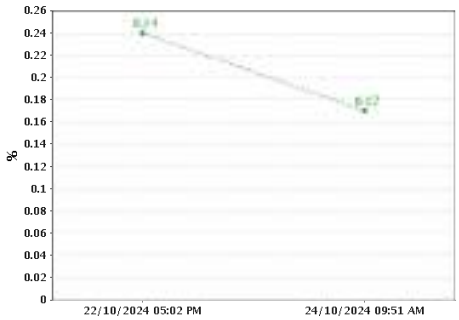

## NEU
Neutrófilo



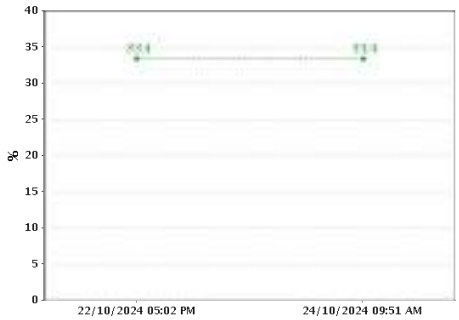

## NEU%
Neutrófilo (%)



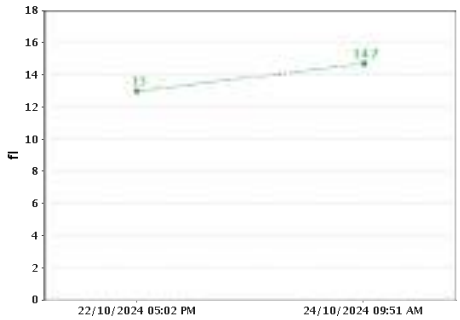

## PCT
Plaquetocrito



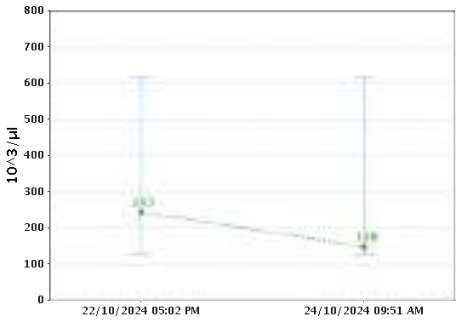

## PDWc
Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación



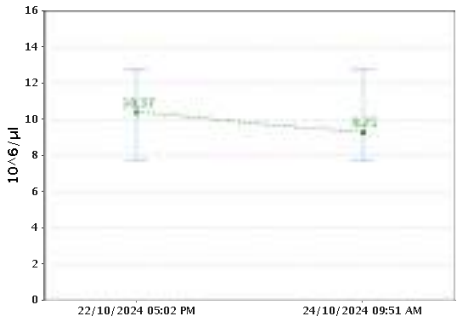

## PDWs
Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar



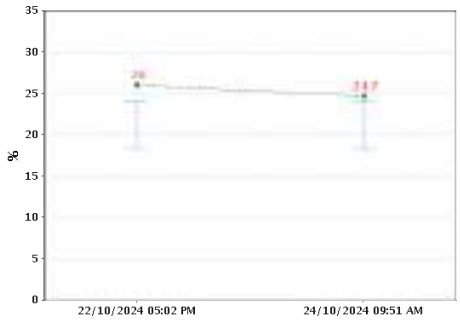

## PLT
Plaquetas



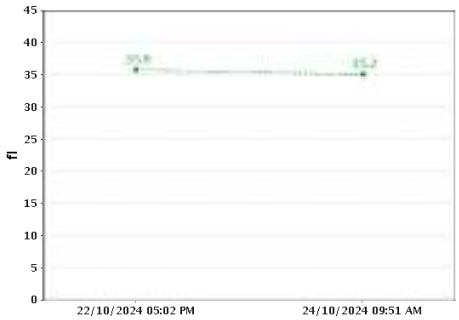

## ERI
Eritrocitos/Glóbulos rojos



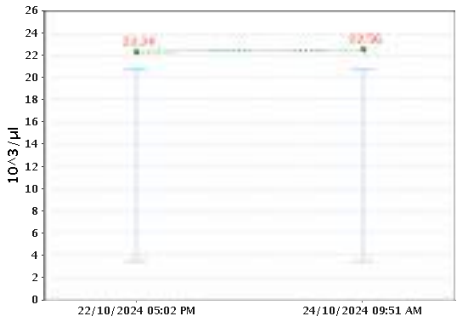

## RDWc
Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación




## RDWs
Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar




## LEU
Leucocitos/Glóbulos blancos



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

**PINKY** ID del paciente: 3066

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 23/10/2020
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio
Sexo: Macho
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

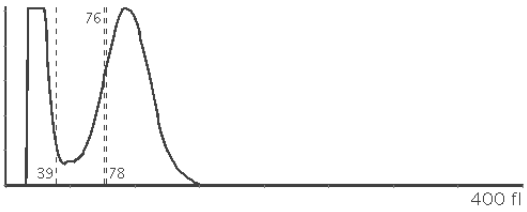
# Hematología

Fecha: 22/10/2024 05:02 PM  N° de serie del analizador: 360017749

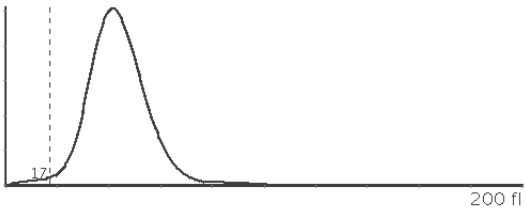
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **LEU** Leucocitos/Glóbulos blancos | 22.34 10^3/µl | ALTO | 3.5 | 20.7 |
| **LIN** Linfocito | 4.72 10^3/µl | | 0.83 | 9.1 |
| **MON** Monocito | 0.75 10^3/µl | | 0.09 | 1.21 |
| **NEU** Neutrófilo | 16.83 10^3/µl | ALTO | 1.63 | 13.37 |
| **EOS** Eosinófilo | 0.03 10^3/µl | | 0.02 | 0.49 |
| **BAS** Basófilo | 0.00 10^3/µl | | 0.0 | 0.2 |
| **LIN%** Linfocito (%) | 21.1 % | | | |
| **MON%** Monocito (%) | 3.4 % | | | |
| **NEU%** Neutrófilo (%) | 75.4 % | | | |
| **EOS%** Eosinófilo (%) | 0.1 % | | | |
| **BAS%** Basófilo (%) | 0.0 % | | | |
| **ERI** Eritrocitos/Glóbulos rojos | 10.37 10^6/µl | | 7.7 | 12.8 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **Hb** Hemoglobina | 14.9 g/dl | | 10.0 | 17.0 |
| **Hto** Hematocrito | 41.93 % | | 33.7 | 55.4 |
| **VCM** Volumen corpuscular medio | 40 fl | | 35.0 | 52.0 |
| **HCM** Hemoglobina corpuscular media | 14.4 pg | | 10.0 | 16.9 |
| **CHCM** Concentración de HCM | 35.5 g/dl | ALTO | 27.0 | 35.0 |
| **RDWc** Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 26.0 % | ALTO | 18.3 | 24.1 |
| **RDWs** Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 35.9 fl | | | |
| **PLT** Plaquetas | 243 10^3/µl | | 125.0 | 618.0 |
| **VPM** Volumen plaquetario medio | 10.0 fl | | 8.6 | 14.9 |
| **PCT** Plaquetocrito | 0.24 % | | | |
| **PDWc** Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 33.4 % | | | |
| **PDWs** Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 13.0 fl | | | |

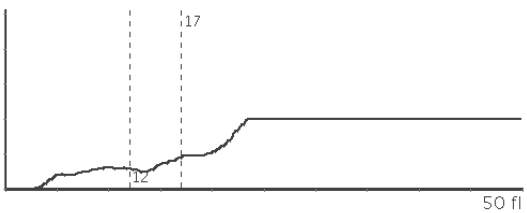
## Histograma: LEU



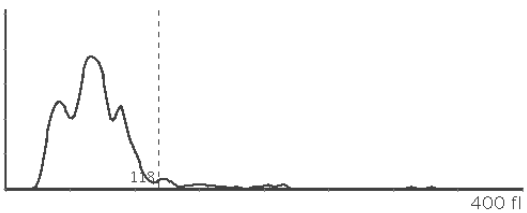

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT




## Histograma: EOS



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

PINKY

ID del paciente: 3066

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 23/10/2020
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

# Comprehensive Diagnostic

Fecha: 24/10/2024 09:51 AM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 4173AC4

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| ALB<br>Albúmina | 3.0<br>g/dL | | 2.2 – 4.4 | |
| ALP<br>Fosfatasa alcalina | 13<br>U/L | | 10.0 – 90.0 | |
| ALT<br>Alanina aminotransferasa | 119 *<br>U/L | | | ALTO 20.0 – 100.0 |
| AMY<br>Amilasa | 892<br>U/L | | 300.0 – 1100.0 | |
| TBIL<br>Bilirrubina total | 0.4<br>mg/dL | | 0.1 – 0.6 | |
| BUN<br>Nitrógeno ureico en sangre | 74 *<br>mg/dL | | | ALTO 10.0 – 30.0 |
| CA<br>Calcio | 9.0<br>mg/dL | | 8.0 – 11.8 | |
| PHOS<br>Fósforo | 6.8<br>mg/dL | | 3.4 – 8.5 | |
| CRE<br>Creatinina | 2.7 *<br>mg/dL | | | ALTO 0.3 – 2.1 |
| GLU<br>Glucosa | 83<br>mg/dL | | 70.0 – 150.0 | |
| NA+<br>Sodio | 157<br>mmol/L | | 142.0 – 164.0 | |
| K+<br>Potasio | 4.0<br>mmol/L | | 3.7 – 5.8 | |
| TP<br>Proteinas totales | 8.4 *<br>g/dL | | | ALTO 5.4 – 8.2 |
| GLOB<br>Globulina | 5.4<br>g/dL | | 1.5 – 5.7 | |

Hemólisis
0

Lipemia
1+

Ictericia
0

**Fecha: 24 Octubre de 2024**

**Nombre del Paciente: Pinky**

**Sexo: M**

**Raza: DPC**

**Médico veterinario/centro remitente: C.V UAM**

**Historial clínico: Antecedentes de efusión pleural.**

**Hallazgos ultrasonográficos:**

***ULTRASONIDO PLUS (ULTRASONIDO DE ESPACIO PLEURAL Y PULMON).***

*Espacio pleural :*

*Neumotórax: No.*

*Efusión pleural: No*

*Parénquima pulmonar:*

*superficie pulmonar normal .*

*Hay consolidación pulmonar? No.*

*Point of care cardiaco:*

*Efusión pericárdica: No.*

*Signo de deslizamiento : Presente.*

*Punto de pulmón: No.*

*Signo de cortina anormal (neumotórax) No.*

*Servicio de ultrasonido veterinario Pereira Ultrasonidovetpereira@gmail.com*
*@ultrasonidovetpereira Tel: 3207229249*

*Calle 14#23-147 Barrio Álamos.*

**Opinión y diagnósticos diferenciales:**

- Estructuras evaluadas normales al examen ultrasonografico

**Recomendaciones:**

Considerar estudio radiográfico de tórax como examen complementario.

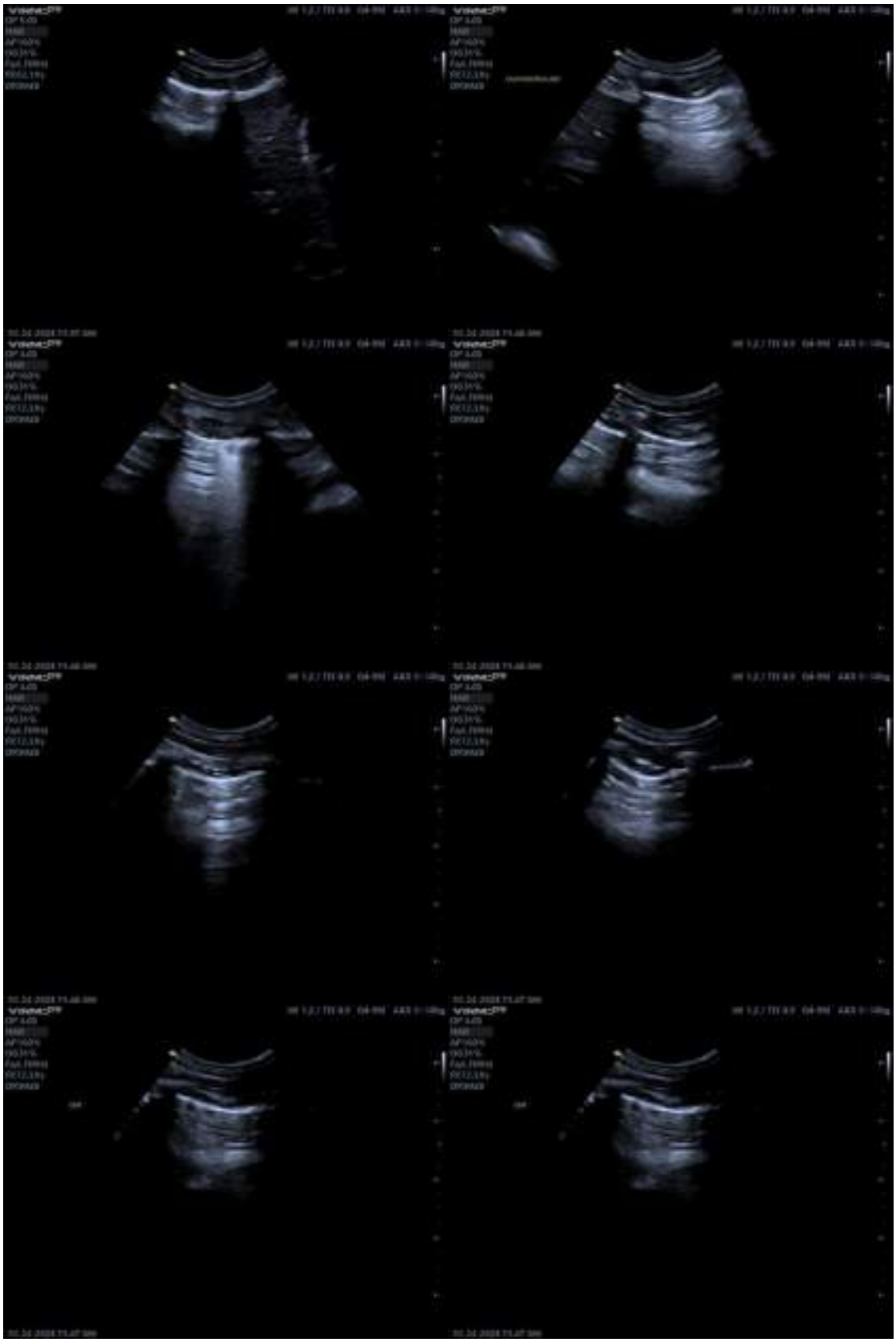
NOTA: Los diagnósticos listados se encuentran en orden de probabilidad según el criterio del ultrasonografía basado exclusivamente en las imágenes obtenidas en este examen.

MVZ Estefanía Cardona Cruz.
M.P. 26174

***Señor usuario, recuerde que los exámenes de imagenología son un apoyo diagnóstico y su importancia radica en que deben ser analizados e interpretados por el médico veterinario tratante, teniendo en cuenta el cuadro clínico y otros exámenes practicados a su mascota.***

***IMÁGENES:***







Ultrasonido Veterinario
Pereira

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

**ESTUDIO ULTRASONOGRAFICO DE ABDOMEN**

| | |
|---|---|
| Nombre del paciente: Pinky | Medico/clinica referente: C.V UAM |
| Edad: 04 años. | Raza: DPC. |
| Sexo : M/C | Historial:FLUDT. |

**Hallazgos ultrasonográficos:**

**Vejiga: contenido luminal anecoico escaso, pared engrosada (4.8mm).**
Colon descendente con patrón de contenido fecal, mucoso y gaseoso, pared normal.(0.3mm).
Colon ascendente con patrón de contenido fecal, mucoso y gaseoso, pared normal.
íleon: pared estratificada normal,grosor (1.9mm).
Riñones :ecogenicidad y ecotextura normal, adecuada definición/diferenciación corteza medula márgenes lisos, longitud riñón izquierdo (41mm),longitud riñón derecho (45mm).
intestino delgado (yeyuno):pared estratificada normal, contenido luminal mucoso y gaseoso.(3.3mm).
Estomago: patrón de contenido luminal de mucus y gas, pared estratificada normal.(1.4mm).
**glándula adrenal izquierda: ecogenicidad y ecotextura normal,grosor del polo craneal (5.6mm), grosor del polo caudal (4.4mm),tamaño aumentado.**
**glándula adrenal derecha: ecogenicidad y ecotextura normal,grosor del polo craneal (4.2mm), grosor del polo caudal (4.7mm),tamaño aumentado.**
Cuerpo pancreático: ecogenicidad y ecotextura normal, grosor (6.2mm).
Bazo: ecogenicidad y ecotextura normal,grosor a nivel del hilio (7.3mm).
Hígado: ecogenicidad y ecotextura normal, tamaño normal.
Vesícula biliar : contenido luminal ecogenico suspendido en su lumen, pared normal,grosor (0.7mm).
Duodeno: contenido luminal mucoso y gaseoso, pared estratificada normal.(1.4mm).

**Opinión y diagnósticos diferenciales:**

**Hallazgos ultrasonográficos en glándulas adrenales sugieren:**

- Hiperplasia adrenal.
- Hiperaldosteronismo, hiperadrenocortisismo.
- En algunos pacientes con hipertiroidismo se ha observado incremento de las glándulas adrenales como hallazgo asociado.

**Hallazgos ultrasonográficos en vejiga sugieren:**

- Cistitis.

**Recomendaciones:** Monitoreo ultrasonografico a discreción del médico tratante, pruebas laboratoriales complementarias.

Estefania Cardona

MVZ Estefanía Cardona Cruz
M.P. 26174

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

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

**Nota Importante**

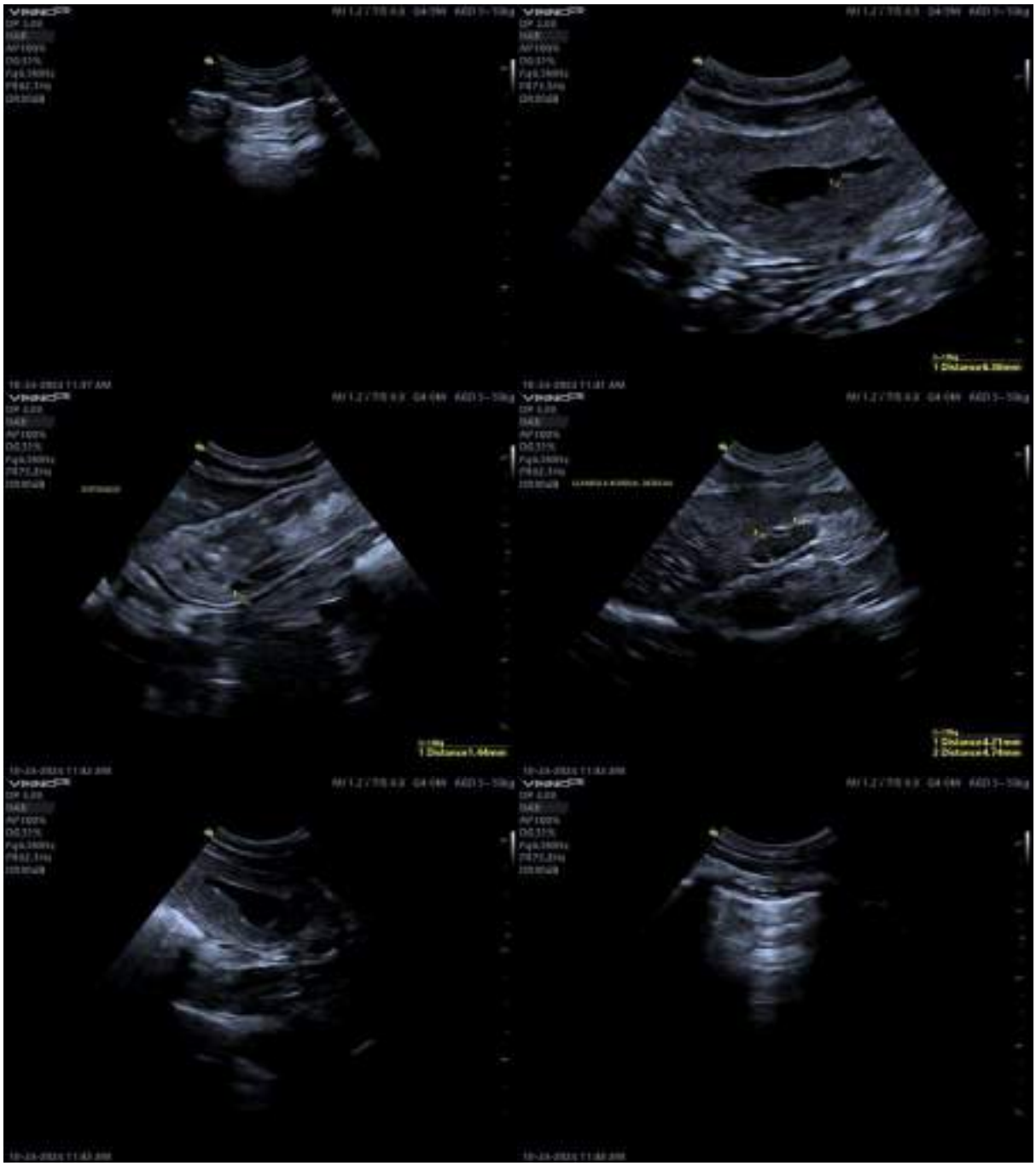
Se informa que este examen de ultrasonido es un documento médico legal, Está estrictamente prohibido alterar, copiar o distribuir su contenido sin la debida autorización. Cualquier incumplimiento de esta norma acarreará procesos legales pertinentes.

Agradecemos su comprensión y cooperación

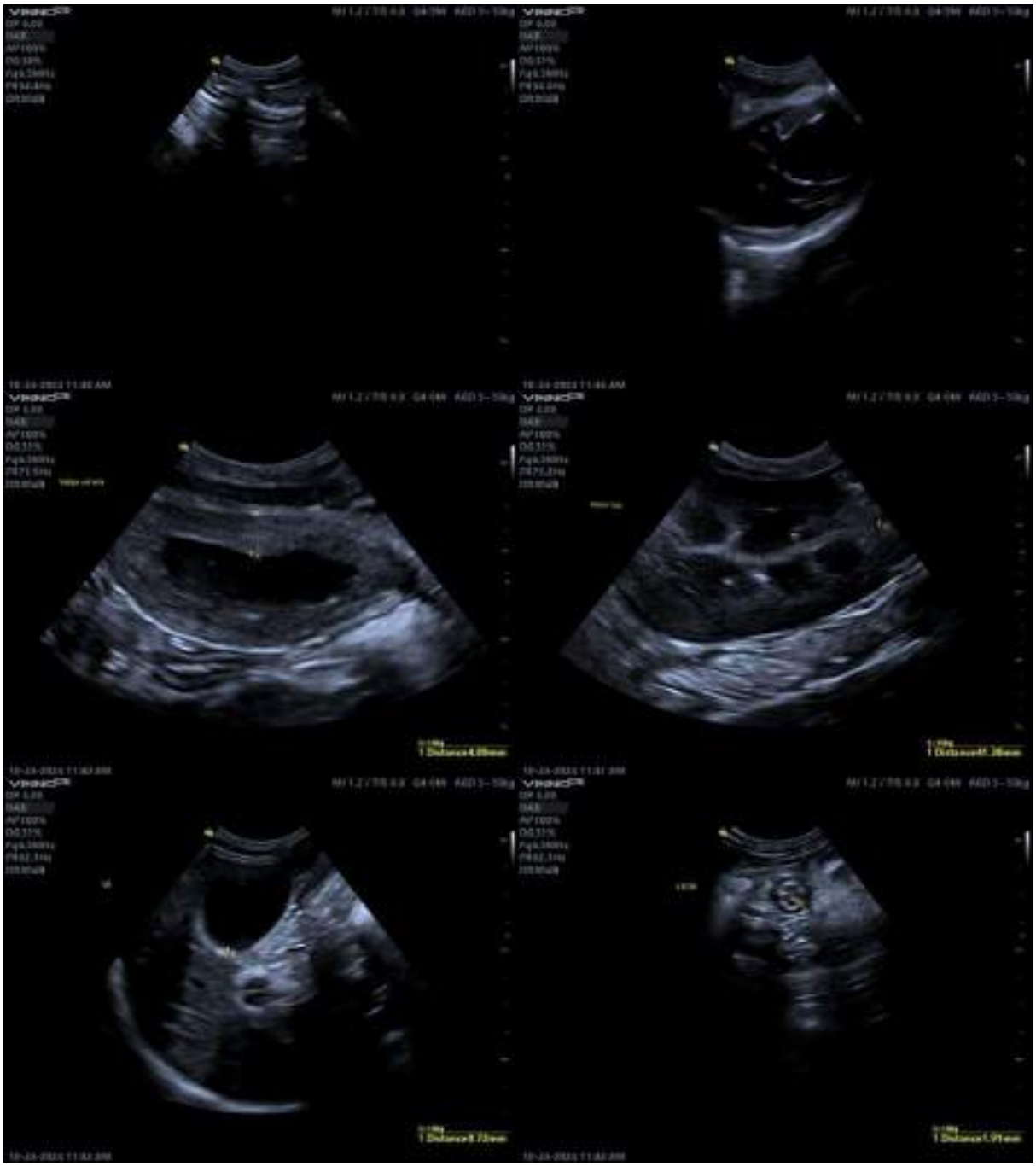
**IMÁGENES:**



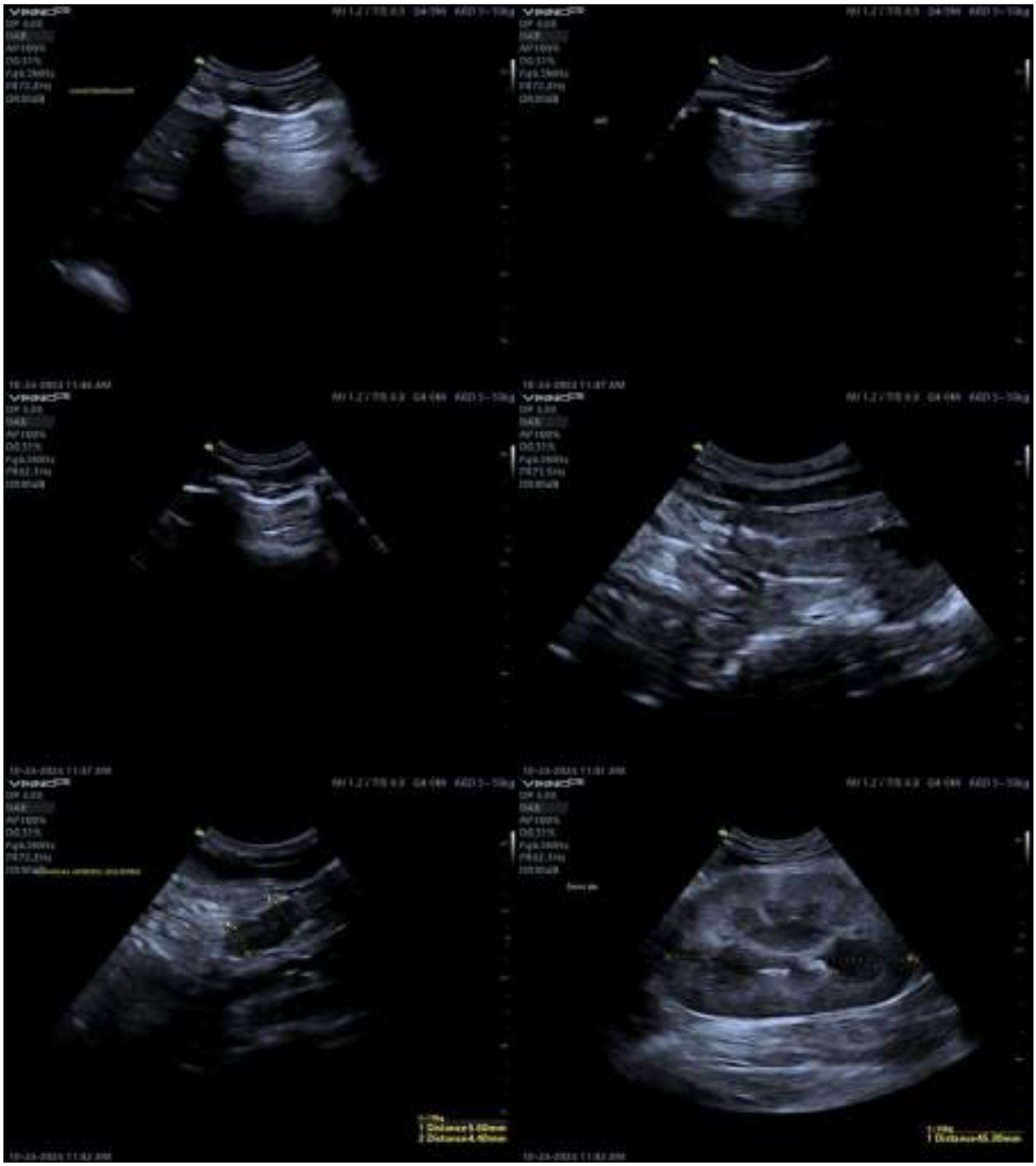
@ultrasonidovetpereira - 3207229249 – calle 14 # 23-147 Álamos, Pereira.



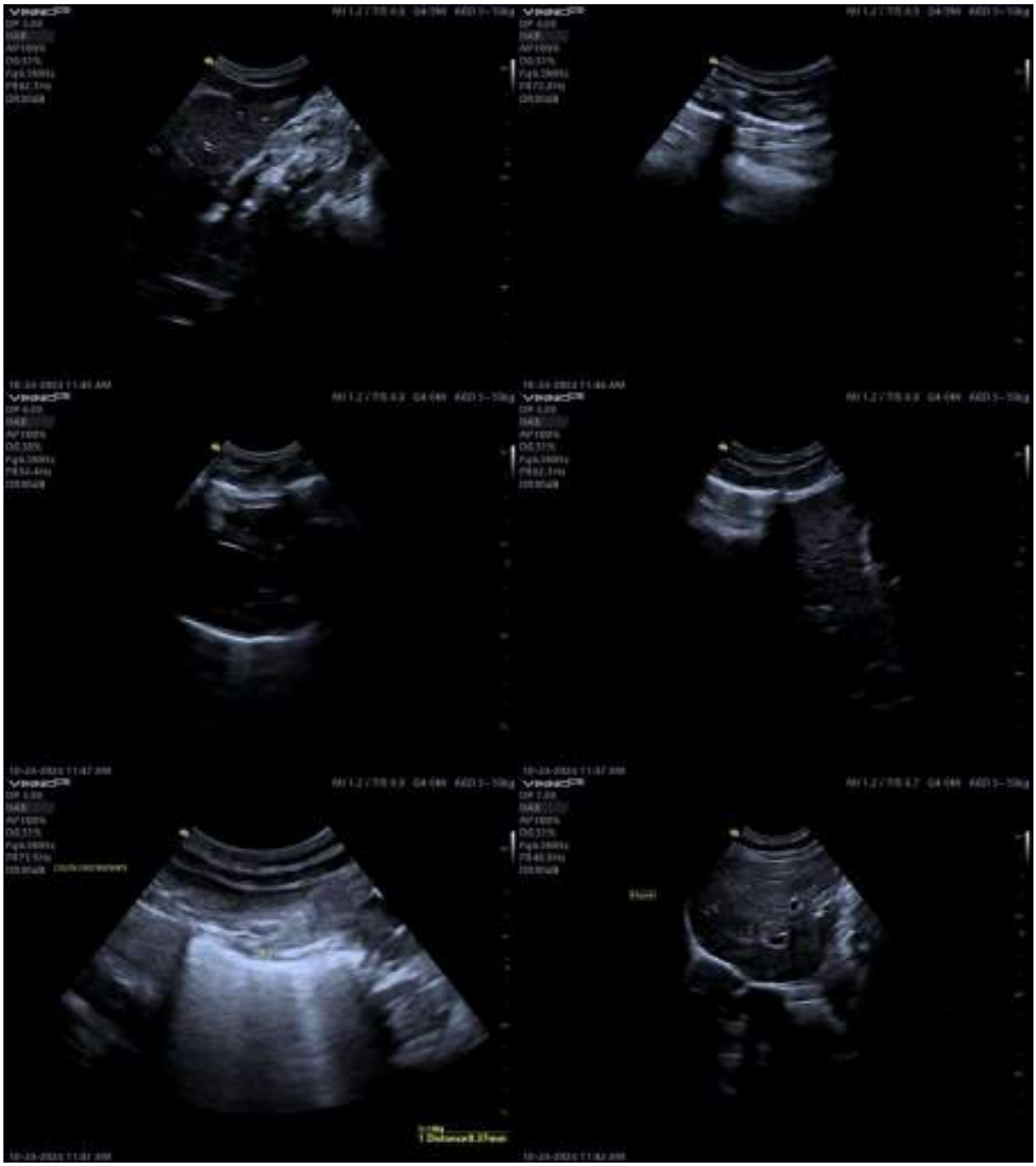
@ultrasonidovetpereira - 3207229249 – calle 14 # 23-147 Álamos, Pereira.



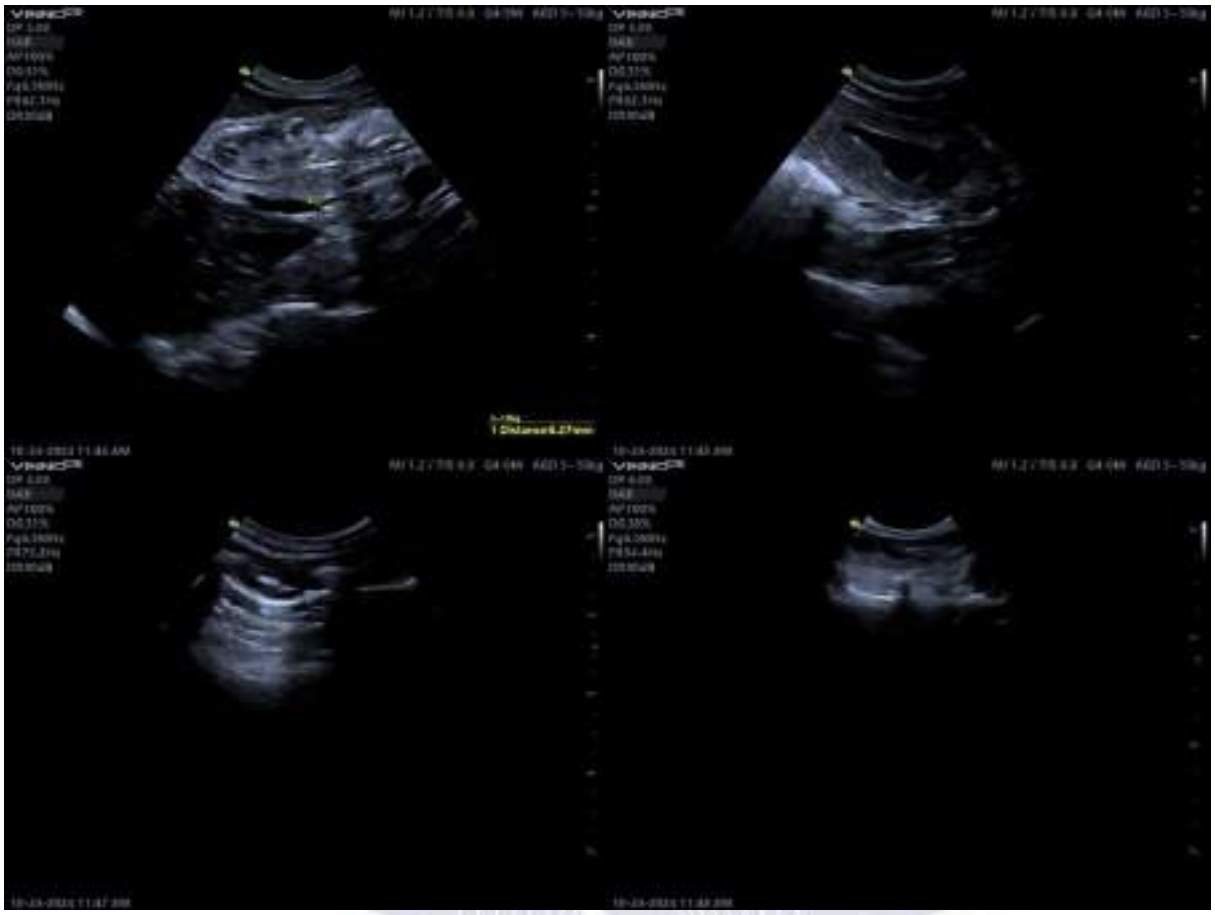
@ultrasonidovetpereira - 3207229249 – calle 14 # 23-147 Álamos, Pereira.



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

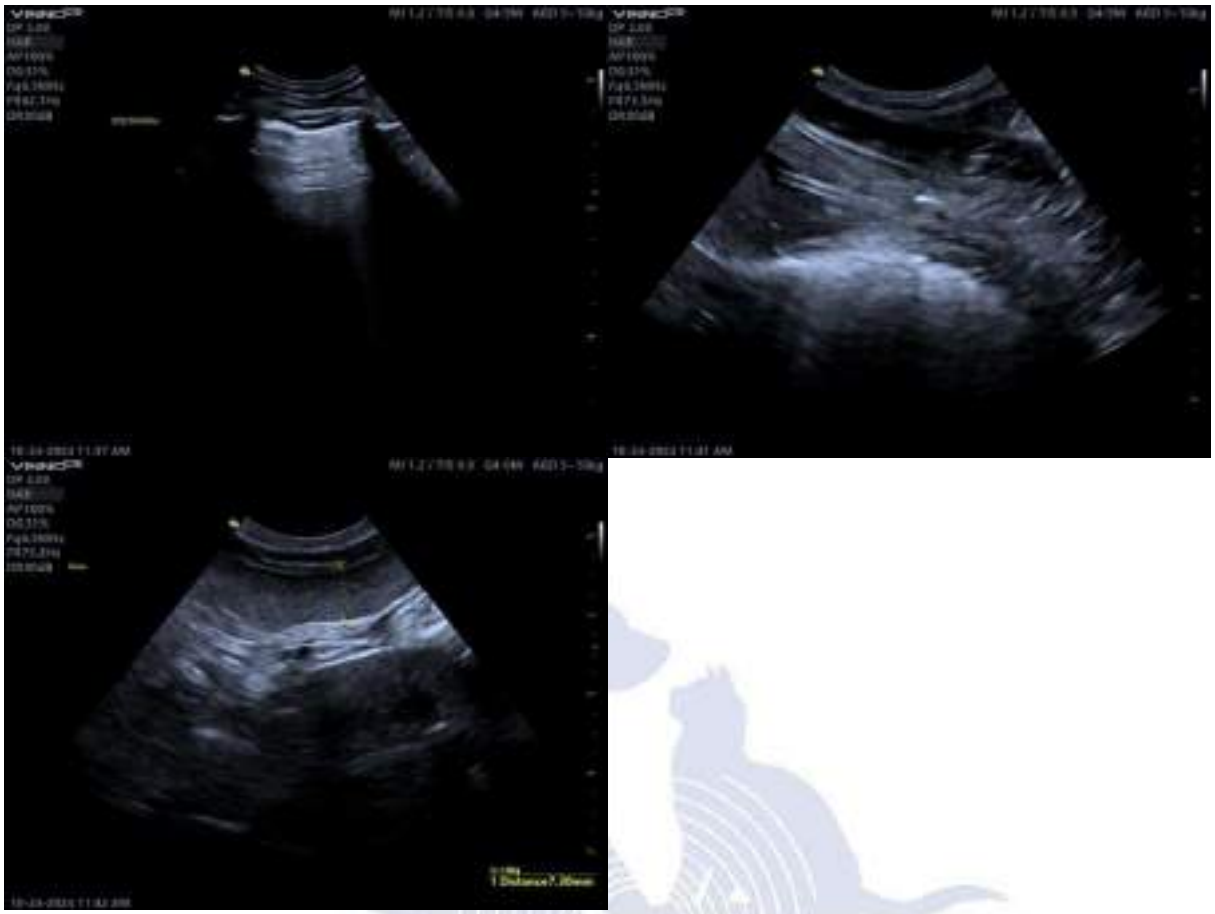


@ultrasonidovetpereira - 3207229249 – calle 14 # 23-147 Álamos, Pereira.



Ultrasonido Veterinario
Pereira

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



Ultrasonido Veterinario
Pereira

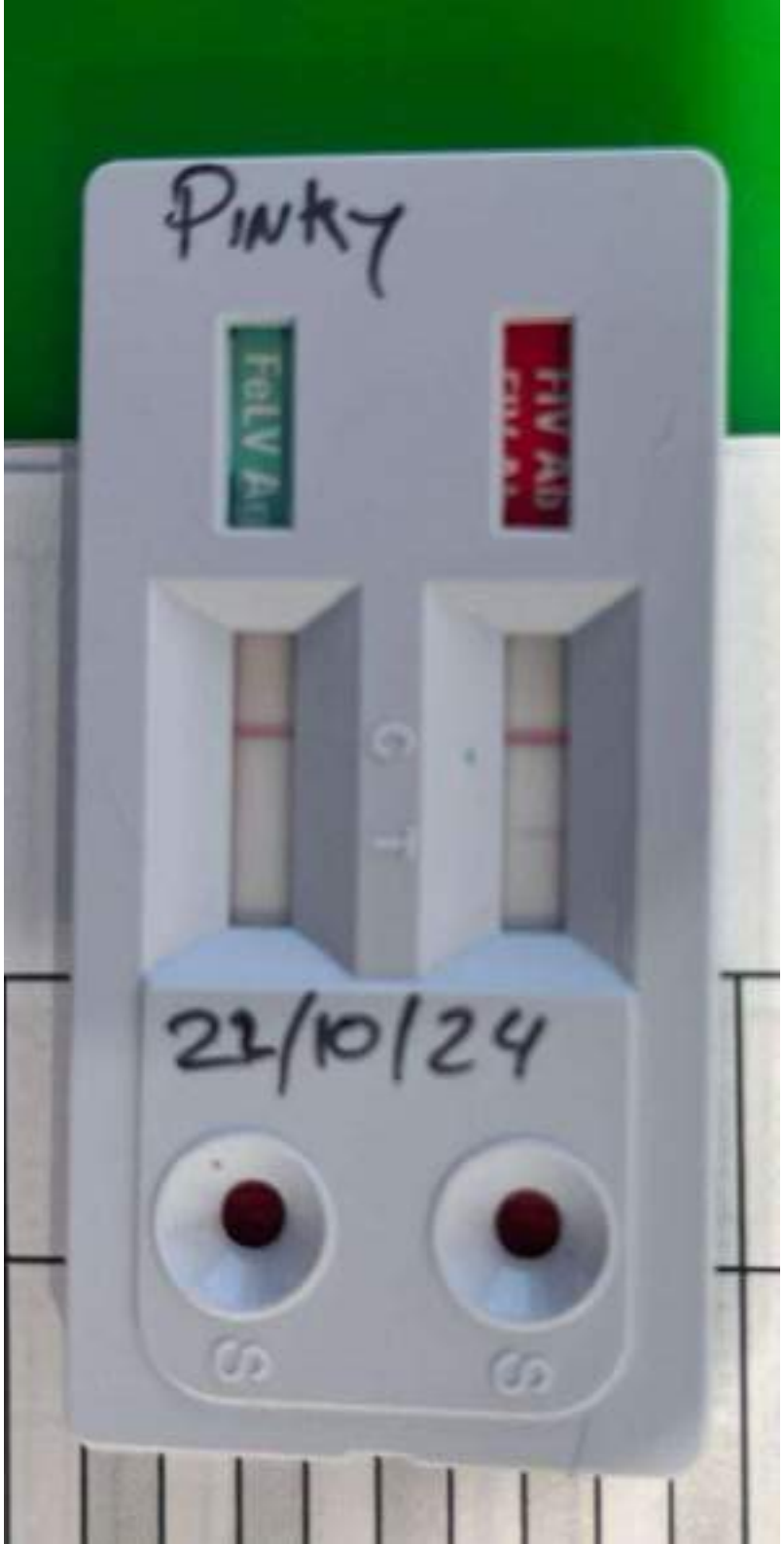
@ultrasonidovetpereira - 3207229249 – calle 14 # 23-147 Álamos, Pereira.




Convenio
Convenio - Sin Tutor


Img: 2
Anatomy: Abdomen
View: VD
Lat: U
Vet Rec
Incognito, FIMIY
Felino Mestizo
Acq Dt: 22/10/2014
Acq Tm: 18:30


Img: 1
Anatomy: Abdomen
View: LAT
Lat: U
Ver: Rec
Acq Dt: 22/10/2014
Acq Tm: 14:39


Pinky
FeLV Ag
FIV Ab
22/10/24

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *30/10/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 106-ZPINKY
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 07/09/2024
Última Visita: 30/10/2024

Paciente: PINKY
Especie: FELINO
Raza: MESTIZO
Sexo: HEMBRA
Pelaje:
Microchip:
Fecha de Nac.: 10/04/2024
Fecha de Alta: 07/09/2024
Última Visita: 23/10/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 07/09/2024 06:44:52 PM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
INGRESA PACIENTE TRAÍDO POR POLICIA NACIAL REMITIDO POR CBA

PACIENTE INGRESA CON PROPLAPSO RECTAL

****** Exámen Físico Fecha: 07/09/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: -- °C -- Peso: 0.75 Kg. -- Hidratación: DESH 8% -- F.C.: 180 /minuto -- F.R.: 60 /minuto
Diagnóstico: AFECCION DIGESTIVA
General: PACIENTE MUY DECAIDO Y APÁTICO AL MEDIO
Ojos - Orejas - Nariz - Garganta: SECRECIÓN ÓTICA BILATERAL DE COLOR CAFÉ
Piel tegumento: ECTOPAÁRISTOS CANTIDAD ABUNDNATE, SIN LESIONES, PELAJE DE LOS MIEMBROS POSTERIORES Y ZONA PERIANAL HÚMEDO Y MUY SUCIO
Músculo esquelético: CC:1.5/5, SIN LESIONES ÓSEAS
Cardiovascular: MUCOSAS PÁLIDAS, SECAS
Respiratorio: SIN SONIDOS ANORMALES
Gastrointestinal: PACIENTE CON PROLAPSO RECTAL (10CM APROX)
Neurológico: SLA
Linfático: SLA
Tratamiento: En cuanto ingresa se intenta canaliza y no es posible, se realiza fluido terapia subcutánea y terapia de calor en espera de mejorar volemia para intentar canalizar de nuevo y tomar muestras de sangre

PENDIENTES
-TETS VIF Y LEUCEMIA
-DETERMINAR POSIBILDIAD DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Se realiza limpieza del tejido expuesto y se posiciona pañal con dextrosa para que baje un poco la inflamación

*** Fecha: 08/09/2024 12:23:04 AM HEMOGRAMA
*** Fecha: 08/09/2024 12:30:34 AM CUIDADO PREVENTIVO

****** Fecha: 08/09/2024 06:54:54 AM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO NOCHE: Se recibe paciente postrado, ya que ingresa con prolapso rectal, debido a su deshidratación, no fue posible canalizarlo, sin embargo, se inicia fluido terapia cada hora con Ringer Lactato para incentivar el retorno venoso y cerca de las 11pm se logra canalizar, se toman muestras de sangre donde se evidencia leve linfocitopenia y trombocitopenia, las quimias arrojan aumentos en ALP, ALT y BUN, Test VIF/Leucemia negativo. Se adiciona a la terapéutica Ampicilina + Sulbactam, Dipirona, Omeprazol y Aminolyte. Se realiza limpieza de la lesión y se envían imágenes y resultados de examen al DR CESAR para evaluar procedimiento y viabilidad. No come a voluntad.

****** Fecha: 08/09/2024 05:05:24 PM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente decaído, aunque por momentos se muestra muy activo, maulla e intenta salirse de la jaula, pero así mismo tiene momentos donde está muy deprimido y apático al medio. Se realiza fluido terapia en bolos cada hora pasando entre 3 a 5 ml

Come concentrado con apetito y bebe poca agua. Presenta deposición blanda. El tejido expuesto no ha disminuido su tamaño peor la porción que ayer parecía estar necrótica hoy tiene una coloración roja intensa en algunas porciones.

No es posible medir la frecuencia cardiaca ya que ronronea de forma constante

****** Exámen Físico Fecha: 08/09/2024 -- Atendido Por:
F.R.: 52 /minutoCardiovascular: MUCOSAS PÁLIDAS, HUMEDAS. PAS: 132MMHG PAD: 95 MMHG PAM: 102MMHG

****** Fecha: 09/09/2024 06:08:15 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
Paciente deprimido, no presenta vómitos ni diarrea, no orina ni defeca, se la mantiene de cubito lateral toda la noche, se continua con la medicación establecida y se adiciona Tramadol 2 mg/kg SC. Constantes FC 200 FR 20 T 38.5, Mucosas Pálidas. El Dr. Cesar Ospina puede realizar la cirugía el día de hoy, pero se debe confirmar a primera hora. Se deja el mensaje a Medica Andrea Trejos, aunque se indica mal pronóstico.

****** Fecha: 09/09/2024 05:03:57 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
Paciente es retirado en la mañana para ser llevado al HPV donde le practicaran el procedimiento de cirugía según evolución volverá a ser ingresado a la UAM para manejo intrahospitalario.

****** Fecha: 09/09/2024 04:29:04 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO DIA: Paciente fue retirado en la mañana para realizar procedimiento de corrección de prolapso rectal en el HPV sede Maraya, se imprime y entrega historia clínica. Según reportaron, el paciente salió muy delicado de la cirugía, lo están estabilizando e ingresará más tarde para manejo hospitalario

****** Fecha: 09/09/2024 06:25:10 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
Paciente es ingresado nuevamente pero cuando se abre el guacal se observa que viene sin signos vitales. Se realiza el reporte a la dirección medica de la clínica y a la coordinadora médica del HPV. se deja el cuerpo para disposición

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 08/09/2024 TITULO: HEMOGRAMA
VER ARCHIVOS ADJUNTOS

FECHA: 08/09/2024 TITULO: CUIDADO PREVENTIVO
VER ARCHIVOS ADJUNTOS

# CTA. CTE.

*30/10/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 106-ZPINKY

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 07/09/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 5300 | 0 | 5300 |
| 07/09/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3600 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 3600 | 0 | 8900 |
| 07/09/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 24 AMARILLO - Unit. $3600 - CARLOS OSPINA | 3.00 | 10800 | 0 | 19700 |
| 07/09/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 500 | 0 | 20200 |
| 07/09/2024 | *19 JERINGA 10 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $450 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 450 | 0 | 20650 |
| 07/09/2024 | *19 JERINGA 20 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $750 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 750 | 0 | 21400 |
| 07/09/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 500 | 0 | 21900 |
| 07/09/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 350 | 0 | 22250 |
| 07/09/2024 | *SOLUCIÓN DEXTROSA AL 5%  X 500 ML - Unit. $3500 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 3500 | 0 | 25750 |
| 07/09/2024 | *SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 4900 | 0 | 30650 |
| 07/09/2024 | *VENOCLISIS MICROGOTEO - Unit. $3400 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 3400 | 0 | 34050 |
| 07/09/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML  - Unit. $5000 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 5000 | 0 | 39050 |
| 07/09/2024 | *AMPICILINA + SULBACTAM VIAL 1,5 G - Unit. $7600 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 7600 | 0 | 46650 |
| 07/09/2024 | HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 35000 | 0 | 81650 |
| 07/09/2024 | HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 23400 | 0 | 105050 |
| 07/09/2024 | TOMA DE MUESTRA - Unit. $5000 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 5000 | 0 | 110050 |
| 08/09/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML  - Unit. $5000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 5000 | 0 | 115050 |
| 08/09/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - MARIA DANIELA | 1.00 | 5300 | 0 | 120350 |
| 08/09/2024 | *CATOSAL INY X ML - Unit. $3500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 3500 | 0 | 123850 |
| 08/09/2024 | *AMINOLYTE SUS INY X ML - Unit. $100 - MARIA DANIELA | 6.00 | 600 | 0 | 124450 |
| 08/09/2024 | *HEEL FLAMOSIN AD US VET AMPLL X 5 ML - Unit. $30400 - MARIA DANIELA | 1.00 | 30400 | 0 | 154850 |
| 08/09/2024 | *HEEL TRAUMEL AD US VET AMPLL X 5 ML - Unit. $23200 - MARIA DANIELA | 1.00 | 23200 | 0 | 178050 |
| 08/09/2024 | *ROTOR CUIDADO PRENTIVO ALB,ALP,ALT,AST,BUN,CA,CL-,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+, TBIL,TC - Unit. $95000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 95000 | 0 | 273050 |
| 08/09/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - MARIA DANIELA | 1.00 | 24300 | 0 | 297350 |
| 08/09/2024 | *TEST LEUCEMIA FELV-FIV UND - Unit. $49000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 49000 | 0 | 346350 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 08/09/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - MARIA DANIELA | 1.00 | 350 | 0 | 346700 |
| 08/09/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - MARIA DANIELA | 3.00 | 1500 | 0 | 348200 |
| 08/09/2024 | *19 JERINGA 10 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $450 - MARIA DANIELA | 1.00 | 450 | 0 | 348650 |
| 08/09/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - MARIA DANIELA | 4.00 | 2000 | 0 | 350650 |
| 08/09/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - MARIA DANIELA | 1.00 | 18700 | 0 | 369350 |
| 08/09/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 24 AMARILLO - Unit. $3600 - MARIA DANIELA | 1.00 | 3600 | 0 | 372950 |
| 08/09/2024 | LIMPIEZA HERIDA PROCEDIMIENTO - Unit. $15300 - CARLOS OSPINA | 2.00 | 30600 | 0 | 403550 |
| 08/09/2024 | HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 35000 | 0 | 438550 |
| 08/09/2024 | HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 23400 | 0 | 461950 |
| 08/09/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 18700 | 0 | 480650 |
| 09/09/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 500 | 0 | 481150 |
| 09/09/2024 | *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 2 - Unit. $3500 - LAURA RENDON | 1.00 | 3500 | 0 | 484650 |
| 09/09/2024 | *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.0 - Unit. $6800 - LAURA RENDON | 1.00 | 6800 | 0 | 491450 |
| 09/09/2024 | *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 3-0 - Unit. $13500 - LAURA RENDON | 1.00 | 13500 | 0 | 504950 |
| 09/09/2024 | *SUTURA A. POLIDIOXANONA 3-0 - Unit. $17000 - LAURA RENDON | 2.00 | 34000 | 0 | 538950 |
| 09/09/2024 | *DISPOSICION X KG - Unit. $5600 - LAURA RENDON | 1.00 | 5600 | 0 | 544550 |

Moneda: $

**SALDO:** 544550

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES REMITIDOS DEL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO**

Yo Andres leyton identificado con cédula de ciudadanía número 1085290563 de Pasto en calidad de responsable de Negro (Pinny), especie Gato, raza Mestizo, sexo M X H ___, de 5 Meses años, con 730gr Kg de peso e historia clínica número 2800. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del paciente, por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar su estado de salud.

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

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

Paro cardio respiratorio
muerte
Peritonitis

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

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

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

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

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución. He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

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

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

En contraparte yo Daniela Restrepo Marcela con tarjeta profesional número 28558 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

**Nota: Quien firma como acudiente acepta ser el responsable por el paciente; En caso que el paciente no tenga acudiente el hospital público veterinario de la ciudad de Pereira será el único responsable y tomador de decisiones autorizado y será el encargado de ubicar un hogar o definir el destino final del paciente una vez completada su recuperación.**

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 7 de Septiembre del 2021

**Tutor/Acudiente**
CC:
Tel:

**Médico Veterinario Visión de las Américas**
MP: 28558

En caso de pacientes sin acudiente por favor diligenciar la siguiente información:

| Lugar de procedencia o hallazgo | Descripción de los hechos |
|---|---|
| *Especificar sector/barrio/vereda la comunidad informa de un gato el cual se encuentra herido pero Consciente el cual se encuentra frente a la | estacion de mega bus villavicencio, procedemos a recogerlo para salvaguardar su integridad |

| Datos de quien entrega | | |
|---|---|---|
| **Nombre completo** | **Cedula** | **Teléfono** |
| Andres leyton | 1085290503 | 3178401204 |
| **Dirección:** Policia proteccion Ambiental | | |

MP 27655

**Autoriza el ingreso Hospital público veterinario**
Nombre: Andrea Trejos Baena
CC: 1053800768
Cargo: Directora medica

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

**CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO**

Fecha de ingreso: 7 Sept 2024
Paciente: Pinky # HC: 2850
Diagnostico presuntivo: Prolapso Recto / Gastroenteritis

Sexo: M__ H__ ?
Especie: Felino
Edad: 5 Meses

Peso: 750gr Cta $ 3
Médico tratante: DRH
Obs. Convenio – SIN PROP.

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 07/09 | Meloxol 0.5% | 24h | SC | 0.2mg/kg | 0.03ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | |
| | CEFIVET | 8h | IV | 10 | 0.02ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | |
| | AMP + SULBA | 8h | IV | 20 | 0.05ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ |
| | HARTMAN | 1h | IV | 3ml/Kg/Hr | 2.3ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | ⊗ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08/09 | MELOXOL 0.5% | SID | SC/IV | 0.1 | 0.015 | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | ⊗ | | | | | | |
| | CEFIVET | TID | IV | 10 | 0.02 | | | | | | | ⊗ | ⊗ | | | | | | | ⊗ | ⊗ | | | | | | ⊗ | ⊗ | |
| | AMP + SULBA | TID | IV | 20 | 0.05 | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ |
| | HARTMAN | 1 HORA | IV | 3ml/Kg/Hr | 2.3ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CATOSAL | BID | IV | – | 0.3ml | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | |
| | AMINOLYTE | BID | IV | 5ml/Kg | 3ml | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | |
| | Flamoxin + Traumeel | 8h | IV | | 1ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09.09 | Meloxol 0.5% | SID | S/IV | 0.2 | 0.015 | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ○ | | | ○ | | | | | | |
| | cdivet | TID | IV | 10 | 0.02 | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ○ | | | | | | | ○ | | |
| | AMP + SULBA | TID | IV | 20 | 0.05 | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ○ | | | | | | | | ○ |
| | Hartman | 1 HORA | IV | 3ml/Kg/H | 7.3ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Catosal | BID | IV | – | 0.3ml | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊖ | | | | | | | | | | | |
| | Aminolyte | BID | IV | | 3ml | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | |
| | Flamoxin + Traumel | 8h | IV | | 1ml | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊖ | | | | | | ⊗ | | | | | | |
| | Tramadol | 12h | SC | 2mg | 0.03ml | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ○ | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ingresa | sin | signos | vitales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:**

Programado O
Aplicado X

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## Exámen físico diario paciente hospitalizado

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

Ingresa: _____ Obs: _____

| FECHA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA | 8:30pt | 09/09 | | | | | | | | | | | | | | | |
| PARAMETRO | 4:33pm | 5:30am | | | | | | | | | | | | | | | |
| T° | – | 38.5C | | | | | | | | | | | | | | | |
| FC | – | 200 | | | | | | | | | | | | | | | |
| FR | 52 | 52 | | | | | | | | | | | | | | | |
| PULSO | – | F | | | | | | | | | | | | | | | |
| MUCOSAS | Pol/Hz | Rosadas | | | | | | | | | | | | | | | |
| TLLC | – | — | | | | | | | | | | | | | | | |
| COME | Si | No | | | | | | | | | | | | | | | |
| BEBE | Poco | No | | | | | | | | | | | | | | | |
| VOMITO | No | No | | | | | | | | | | | | | | | |
| HECES | Bien | No | | | | | | | | | | | | | | | |
| MICCION | Si | No | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESO | – | — | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESION ARTERIAL MEDIA | 102. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| % DESHIDRATACION | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *dolor | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *neuro | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REALIZADO POR *iniciales | | MDS | | | | | | | | | | | | | | | |
| PENDIENTES PAS | 132 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAD | 95 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

| PACIENTE: Pinky | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 7 Sep | 08/09 | | |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | |
| BURETA 150 ML X UND | | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | 1 | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | 2 1 | 1 | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | | 1 | | |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | | | | |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | |
| FCO GOTERO X ____ ML | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | |
| JERINGA 1 ML | 1 | 3 | | |
| JERINGA 10 ML | 1 | 1 | | |
| JERINGA 20 ML | 1 | | | |
| JERINGA 2-3 ML | 1 | 2 1 | | |
| JERINGA 5 ML | 1 | 1 | | |
| JERINGA 50 ML | | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | |

| # HC | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 7 Sep | 08/09 | | |
| LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | |
| LATA E/N CANINO 377 G | | | | |
| LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | |
| LATA HA CANINE X 377 GR | | | | |
| LLAVE DE TRES VIAS | | | | |
| MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | |
| MILPRO CACHORRO TAB | | | | |
| OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | |
| OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | |
| SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | |
| SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | 1 | | | |
| SOLUCION CLORURO X 100ML | | | | |
| SOLUCION CLORURO X 500ML | | | | |
| SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | 1 | | | |
| SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | |
| SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | |
| SONDA NELATHON # | | | | |
| SONDA NELATHON # | | | | |
| SONDA URINARIA FELINO | | | | |
| SUPRASOB A COMPRESA | | | | |
| SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | |
| SUT. POLIDIOXANONA # | | | | |
| SUT. POLIGALACTINA # | | | | |
| SUTURA N/A # | | | | |
| TAPON HEPARINIZADO | | | | |
| TEST DE FLUORESCEINA | | | | |
| TEST DE LEUCEMIA | | 1 | | |
| TEST DE MOQUILLO | | | | |
| TEST DE PARVOVIRUS | | | | |
| TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | |
| TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt | | | | |
| TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | |

| ARTICULO | FECHA 7 Sep | FECHA 08/09 | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| TIRAS PARA GLUCOSA CAN/FELI | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | | |
| VENOCLISIS MACROGOTEO | | | | |
| VENOCLISIS MICROGOTEO | 1 | | | |
| VLIWASORB APOSITO | | | | |
| VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| CITOLOGIA | | | | |
| ECOGRAFIA ABDOMINAL | | | | |
| ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | | | | |
| HEMOGRAMA UAM | | 1 | | |
| HIDRATACION | | | | |
| HISTOPATOLOGIA | | | | |
| HOSPITALIZACION | 1 | 1 | | |
| NEBULIZACION | | | | |
| REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| **SERVICIOS Y OTROS** | | | | |
| ROTOR COMBO PVV. | | 1 | | |
| Flamoxyn Amp | | 1 | | |
| Tramcel Amp | | 1 | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

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

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

zoetis

pinky

ID del paciente: 2850

Especie: Gatito
Fecha de nacimiento: 7/06/2024
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

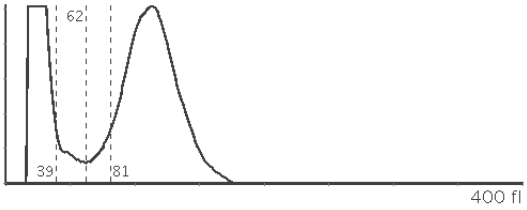
# Hematología

Fecha: 8/09/2024 12:10 AM  N° de serie del analizador: 360017749

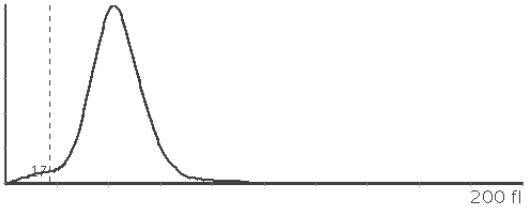
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| LEU Leucocitos/Glóbulos blancos | 10.76 10^3/µl | | 5.5 | 19.5 |
| LIN Linfocito | 0.78 10^3/µl | BAJO | 1.5 | 7.0 |
| MON Monocito | 0.69 10^3/µl | | 0.0 | 1.5 |
| NEU Neutrófilo | 9.24 10^3/µl | | 2.5 | 14.0 |
| EOS Eosinófilo | 0.06 10^3/µl | | 0.0 | 1.0 |
| BAS Basófilo | 0.00 10^3/µl | | 0.0 | 0.2 |
| LIN% Linfocito (%) | 7.3 % | | | |
| MON% Monocito (%) | 6.4 % | | | |
| NEU% Neutrófilo (%) | 85.8 % | | | |
| EOS% Eosinófilo (%) | 0.5 % | | | |
| BAS% Basófilo (%) | 0.0 % | | | |
| ERI Eritrocitos/Glóbulos rojos | 7.06 10^6/µl | | 5.0 | 10.0 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| Hb Hemoglobina | 8.4 g/dl | | 8.0 | 15.0 |
| Hto Hematocrito | 28.33 % | | 24.0 | 45.0 |
| VCM Volumen corpuscular medio | 40 fl | | 39.0 | 55.0 |
| HCM Hemoglobina corpuscular media | 11.9 pg | BAJO | 12.5 | 17.5 |
| CHCM Concentración de HCM | 29.7 g/dl | BAJO | 30.0 | 36.0 |
| RDWc Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 25.3 % | | | |
| RDWs Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 32.8 fl | | | |
| PLT Plaquetas | 212 10^3/µl | BAJO | 300.0 | 800.0 |
| VPM Volumen plaquetario medio | 10.9 fl | BAJO | 12.0 | 17.0 |
| PCT Plaquetocrito | 0.23 % | | | |
| PDWc Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 34.8 % | | | |
| PDWs Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 14.6 fl | | | |

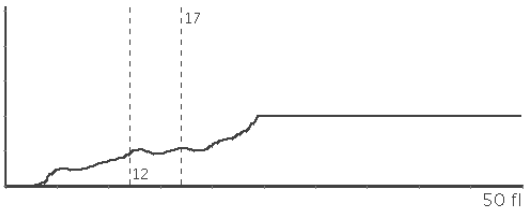
## Histograma: LEU



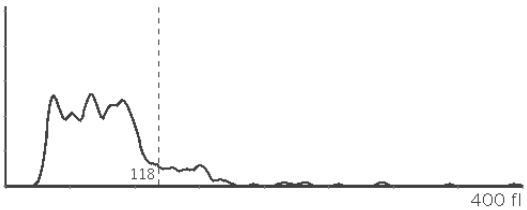

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT




## Histograma: EOS



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

zoetis

pinky

ID del paciente: 2850

Especie: Gatito
Fecha de nacimiento: 7/06/2024
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

# Preventive Care Profile Plus

Fecha: 8/09/2024 12:13 AM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 4192BE4

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **BUN**<br>Nitrógeno ureico en sangre | 53 *<br>mg/dL | ALTO | 10.0 – 30.0 | |
| **CRE**<br>Creatinina | 0.3<br>mg/dL | | 0.3 – 2.1 | |
| **ALT**<br>Alanina aminotransferasa | 40<br>U/L | | 20.0 – 100.0 | |
| **ALP**<br>Fosfatasa alcalina | 192 *<br>U/L | ALTO | 10.0 – 90.0 | |
| **AST**<br>Aspartato aminotransferasa | 195 *<br>U/L | ALTO | 12.0 – 43.0 | |
| **TBIL**<br>Bilirrubina total | 0.4<br>mg/dL | | 0.1 – 0.6 | |
| **GLU**<br>Glucosa | 151 *<br>mg/dL | ALTO | 70.0 – 150.0 | |
| **CA**<br>Calcio | 9.5<br>mg/dL | | 8.0 – 11.8 | |
| **TP**<br>Proteinas totales | 5.6<br>g/dL | | 5.4 – 8.2 | |
| **ALB**<br>Albúmina | 2.5<br>g/dL | | 2.2 – 4.4 | |
| **GLOB**<br>Globulina | 3.1<br>g/dL | | 1.5 – 5.7 | |
| **NA+**<br>Sodio | 136 *<br>mmol/L | BAJO | 142.0 – 164.0 | |
| **K+**<br>Potasio | 5.4<br>mmol/L | | 3.7 – 5.8 | |
| **CL-**<br>Cloruros | 106<br>mmol/L | | 99.0 – 122.0 | |
| **tCO2**<br>Dióxido de carbono total | 15<br>mmol/L | | 15.0 – 24.0 | |

Hemólisis
0

Lipemia
0

Ictericia
0

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

# REMISIÓN

**Fecha:** 07/09/2024

**Remitido por:** Andrea Trejos Baena

**Especie / Raza:** Felino/Mestizo

**Nombre:** NR

**Diagnóstico presuntivo:** Evisceracion por trauma

**Quién traslada nombre / Cédula:** POLICIA AMBIENTAL

SE REMITE PACIENTE FELINO ADULTO PARA VALORACION POR POSIBLE EVISCERACION TRAUMATICA.

PACIENTE EN CONDICION DE CALLE, SE RECOMIENDA EXAMEN MEDICO PARA CONTINUAR CON LAS RECOMENDACIÓNES.

Firma de Profesional Veterinario

1053800768

Nombres y Apellidos

MP: _____

Firma del encargado

Nombres y Apellidos

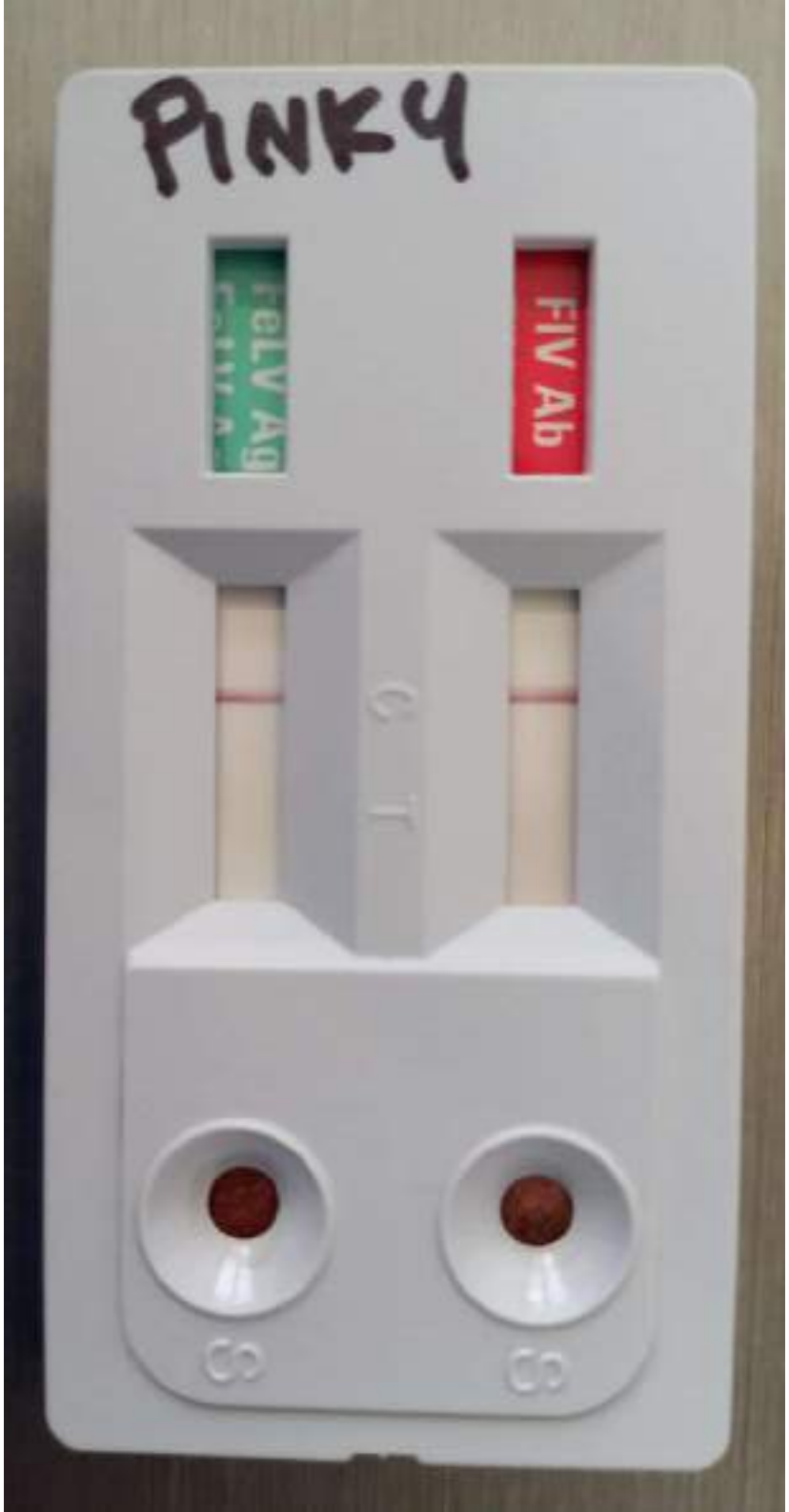
CC: _____










PINKY
FeLV Ag
FIV Ab
C
T
S
S

Alcaldía de PEREIRA

# CONCEPTO TÉCNICO

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

| INFORMACION DEL PREDIO | |
|---|---|
| Corregimiento: | BARRIO LAS |
| Vereda: | BRISAS |
| Nombre Finca: | M76 - CS 31 |
| Ficha catastral: | |
| Coordenadas: N: | W: |

| INFORMACION DEL PROPIETARIO | |
|---|---|
| Nombres: | JENNIFER ALEJANDRA |
| Apellidos: | CARMONA |
| Cédula Nº | 1088315650 |
| Tel fijo: | Celular: 3117301575 |

Fecha visita: 01/10/2024

Diario de Labores Nº:

**COMPONENTE:** BIENESTAR ANIMAL

**ASUNTO:** ATENCIÓN MÉDICA A CANINO COMUNITARIO
NOMBRE: NEGRO

**DESCRIPCION: ANTECEDENTES:** CANINO MESTIZO, LO REPORTAN DESDE EL BARRIO LAS BRISAS CON UNA HERIDA EN PABELLÓN AURICULAR IZQUIERDO.

**OBSERVACIONES :** CANINO COMUNITARIO, CON HERIDA SUCIA-CONTAMINADA EN SU PABELLÓN AURICULAR IZQUIERDO CON PÉRDIDA DE TEJIDO, PRESENCIA DE PARÁSITOS Y MAL OLOR. SU CONDICIÓN CORPORAL ES 1/5.

**CONCLUSIONES:**
- CANINO COMUNITARIO.
- HERIDA SUCIA-CONTAMINADA EN PABELLÓN AURICULAR IZQ.
- CC: 1/5.

**RECOMENDACIONES:**
SI BIEN EL CANINO ES COMUNITARIO, LA PERSONA REFERENCIADA COMO JENNIFER ALEJANDRA CARMONA, SERÁ QUIEN RECOJA AL PACIENTE, UNA VEZ FINALIZADA SU ATENCIÓN. BRINDARLE A ELLA CUALQUIER INFORMACIÓN AL NÚMERO: 3117301575

**Nota.** Este concepto se complementa con registro fotográfico

**NOMBRE DEL TÉCNICO:** FRANK ARBELÁEZ **FIRMA** Jennifer C.

Powered by CamScanner

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *31/10/2024*

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 146-POCILLO
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 01/10/2024
Última Visita: 28/10/2024

Paciente: POCILLO
Especie: CANINO
Raza: MESTIZO
Sexo: MACHO
Pelaje:
Microchip:
Fecha de Nac.: 04/10/2014
Fecha de Alta: 01/10/2024
Última Visita: 28/10/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES
FECHA APLI.: 03/10/2024 A.T.P.: CANNEX MARCA: PROX. DOSIS: 18/10/2024
FECHA APLI.: 01/10/2024 A.T.P.: NEXGARD 10-25 KG MARCA: PROX. DOSIS: 31/10/2024

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 01/10/2024 05:42:26 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
Paciente ingresa al servicio de hospitalización por presenta pabellón auricular izquierdo totalmente desgarrado con presencia de miasis. Se va ingresar al servicio de cirugía para corrección de herida y ablación de pabellón auricular.

*** Fecha: 01/10/2024 10:58:38 PM HEMOGRAMA
*** Fecha: 01/10/2024 11:06:25 PM ROTOR HEPATICO

****** Fecha: 02/10/2024 05:33:45 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Se recibe paciente en área de hospitalización bajo efectos de anestesia. Herida con varios dren y sonda instaurados

El paciente es dócil pero un poco temeroso. Come con apetito y bebe agua. Al salir a la calle se desplaza con movimientos lentos. Orina, no defeca

PESO:24KG

SE INICIA MEDICACIÓN CON
-UNICLAV: 8.75MG/KG SC. A PARTIR DE MAÑANA CONTINUA CLAVASEPTIN VÍA ORAL CADA 12 HRS
-MELOXIC 2%: 0.2MG/KG IV, CONTINUAR A 0.1MG/KG IV - SC CADA 24 HRS POR 3 A 4 DÍAS
-DIPIRONA: 28 MG/KG IV CADA 8 HRS SEGÚN EVOLUCIÓN

****** Exámen Físico Fecha: 02/10/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: 37.5 °C -- F.C.: 80 /minuto -- F.R.: 12 /minutoCardiovascular: MUCOSAS ROSA PALIDO, HUMEDAS. TLLC:2SG

****** Fecha: 02/10/2024 05:57:16 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente estable, no presenta vómitos ni diarrea, orina y defeca (Bristol 5), se administra Nexgard 15-30 Kg, Se adiciona Enrofloxacina 5 mg/kg SC, se realiza limpiezas bajo sedasion con suero fisiológico a presión, muestra secreción serosanguinolento espesa por dren, dolor controlado, constantes FC 116 FR 16 T 37.5, Mucosas rosadas, TLLC 2 segundos (Se realiza llamado, pero no responde posiblemente presente perdida de audición).

****** Fecha: 03/10/2024 06:18:30 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente hipo dinámico, duerme la mayor parte del turno. Sacude la cabeza en ocasiones lo que genera que se expresa secreción purulenta en el área de hospitalización. El paciente come con apetito y no presenta episodios de vómito. Al salir orina, no defeca.

****** Exámen Físico Fecha: 03/10/2024 -- Atendido Por:

Temperatura: 37.1 °C -- F.C.: 96 /minuto -- F.R.: 20 /minutoCardiovascular: MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS. TLLC:2SG

****** Fecha: 03/10/2024 07:36:49 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente estable no presenta vómitos ni diarrea, orina y defeca (Bristol 4), dolor controlado, se continua con la medicación establecida, herida con disminución de secreción. Se adiciona Cannex 2.4 ml VO. Come y bebe con apetito.

****** Fecha: 04/10/2024 06:50:17 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente activo, ansioso, busca contantemente atención, sale, orina y defeca Bristol 3, se continua con la mediación establecida, se realiza limpieza de la herida, come con apetito, toma agua, orina y defeca., leve secreción por la herida.
****** Fecha: 05/10/2024 06:49:04 AM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO NOCHE: Paciente activo, alerta, presenta de vez en cuando leve secreción proveniente de la herida quirúrgica, constantemente hay que realizar limpieza de la herida porque esta es fácil de ensuciar cuando se acuesta sobre ese lado. Presenta micción y deposición Bristol 4 en poca cantidad. Se recomienda continuar con limpiezas cada 12 horas.
****** Fecha: 05/10/2024 05:58:28 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente Estable, no presenta vómitos ni diarrea, orina y defeca (Bristol 4), se retira sonda, (Cirujano indica que él retira los drenes la semana que viene ya que debe ser bajo sedación), se continua con meloxicam y enrofloxacina. Constantes FC 96 FR 24 T 37.8, Mucosas Rosadas, TLLC 2 segundos, Come y bebe con apetito.

****** Fecha: 06/10/2024 06:19:50 AM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO NOCHE: Paciente clínicamente estable, de mu buen comer y beber agua, presenta deposición Bristol 4 y micción sin alteraciones. Esta pendiente para esta semana que el cirujano retire el dren bajo sedación. No presenta secreción de la herida y tampoco molestia a la manipulación. Se continúa con la medicación establecida.
****** Fecha: 06/10/2024 06:34:52 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente estable, no presenta vómitos ni diarrea, orina y defeca (Bristol 4), se realiza limpieza en herida (Dolor controlado) se continua con meloxicam y Enrovet. Constantes FC 100 FR 16 T 37.6, Mucosas rosadas, TLLC 2 segundos. Come y bebe con apetito. (Pendiente retiro de drenes, pero esto se debe realizar bajo sedación por recomendación de cirujano).
****** Fecha: 07/10/2024 06:53:27 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente estable, activo y consentido, se suspende meloxicam y se cambia por Previcox, se observa herida sin secreciones, se realiza limpieza de herida, el día de hoy se debe determinar cuando se retira los drenes ya que se debe realizar bajo sedación, por si se piensa hacer el día de hoy en la mañana, paciente con muchos gases durante toda la noche, orina y defeca abundante cantidad inicialmente bristol 3, pero luego un poco más blanda, come con mucho apetito y toma agua,

****** Fecha: 07/10/2024 06:32:37 PM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
Paciente alerta al medio, activo. Consume alimento en buena cantidad y toma agua, orina y defeca con normalidad. Pendiente martes 08/oct realizar sedación para retiro de dren de Pen Rose de la oreja. ¿Realizar exámenes de control?
****** Fecha: 08/10/2024 06:11:34 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
Paciente estable, no presenta vómitos ni diarrea, orina y defeca (Bristol 4), Herida con buena cicatrización, constantes FC 108 FR 20 T 37.0, Mucosas rosadas, TLLC 2 segundos, come y bebe
con apetito. Pendiente retiro de drenes.

****** Fecha: 08/10/2024 06:41:09 PM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
Alerta al medio, responde a estímulos externos. Muc ros hum. Se realiza pequeña sedación para TURNO DIA:
retiro del dren de la oreja y para desbridar bordes de la herida. Salió un pequeño gusano de la herida. Dar dosis de capstar nuevamente el día 09 de oct ya autorizado. Considerar tomar nuevamente cuadro hemático de control y químicas. Come y toma agua con normalidad, orina y defeca.
****** Fecha: 09/10/2024 06:29:03 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
Paciente estable, no presenta vómitos ni diarrea, orina y defeca (Bristol 4), se suspende enrofloxacina, borde de sutura sin alteración. Come y bebe con apetito. Mucosas rosadas TLLC 2 segundos T37.8.
*** Fecha: 09/10/2024 12:05:57 PM FORMULA MEDICA
****** Fecha: 09/10/2024 03:30:29 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491

Paciente estable, activo, juguetón, se administra ultima dosis de meloxicam, se realiza limpieza de herida, se observa con buena cicatrización, sin secreciones, no se observa dolor, come y toma agua, orina y defeca

Paciente con buena evolución clínica, al terminar medicación se da alta medica.

Lo recoge FRANK y lo lleva para un hogar de paso donde le van a realizar las limpiezas.

****** Fecha: 11/10/2024 04:50:32 PM -- Atendido Por: ANGELICA VELEZ HOLGUIN - MP 13316
ingresa paciente nuevamente para atención, se había escapado del hogar de paso, se presenta hoy con secreción serosa abundantes, costras en la herida y retos de fenol Violeta o curagan. Al ingreso se realiza limpieza de la herida con clorhexidina y se suministran 2 tab de capstar.
Se solicita autorización para ingresarlos durante el fin de semana y realizar orquiectomia el martes si no presenta ninguna otra alteración de salud.

****** Fecha: 11/10/2024 06:22:39 PM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558

Ingresa paciente nuevamente debido a que se escapó del hogar de paso, se presenta con secreción serosa abundante en la herida, costras y restos de curagan o fenolvioleta, se realiza limpieza con clorhexidina, se suministra 2 tabletas de capstar y se solicita autorización al convenio para ingresarlo el fin de semana y realizar orquiectomía el día martes 15 de octubre en caso de continuar estable. Pendiente realizar hemograma y rotor completo el día de mañana, oquiectomia el martes en la mañana.

****** Fecha: 12/10/2024 06:29:35 AM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
Turno noche:
Paciente alerta al medio, responsivo a estímulos, muy activo. Temperatura normal, mucosas rosas hum. En ocasiones le molesta la cadera cuando se va a parar después de estar mucho rato acostado. Oído presenta secreción purulenta, se le pone una dosis de duplocilina y se añade Previcox. Consume alimento con buen apetito, toma agua, orina y defeca con normalidad. Se recomienda realizar radiografía de cadera, y realizarle limpiezas en oído con ácido hipocloroso.

*** Fecha: 12/10/2024 03:13:35 PM HEMOGRAMA
*** Fecha: 12/10/2024 03:36:03 PM BIOQUIMICA
****** Fecha: 12/10/2024 06:45:33 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente estable, activo, se realiza limpieza, no presenta vómitos, orina y defeca Bristol 4, se toma exámenes de control y se observa en el hemograma mejoría en la anemia paso de Hto de 25% a 31%, pero muestra leucopenia leve, también se realza rotor de diagnóstico completo y se observa hipoalbuminemia leve, hiperpotasemia leve, relación sodio potasio 22:1, se recomienda iniciar suplementación con huevo y probióticos.

****** Fecha: 13/10/2024 05:44:27 AM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
TURNO NOCHE:
Paciente alerta, activo. Peso 12/10 26 kg. Consume alimento y toma agua en muy buena cantidad. Orina y defeca con normalidad. Durante la noche presenta un episodio de prurito en la oreja, aun presenta olor fétido, se evidencia tejido de granulación. Temperatura 38,6, muc ros hum 1s. auscultación cardiopulmonar normal. Presenta muchas flatulencias.

****** Fecha: 13/10/2024 07:16:15 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente estable, duerme la mayor parte del turno, sale animado, se retiran puntos y capitones, se realiza limpieza y se aplica fitovete, se observa herida con tejido de granulación, luego de la limpieza suele rascarse por lo que se debe estar pendiente, el día de mañana probablemente vengan a bañarlo y a traerle comida, se inicia fortiflora, sin vómitos, se dejan dos huevos para dar ahora.
Peso actual 26.5

****** Fecha: 14/10/2024 06:36:31 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Atento al medio, buen ánimo, no presenta prurito en la oreja lesionada durante el turno y tampoco hay secreció purulenta. Duerme gran parte del turno. Al salir orina y defeca, come con apetito

****** Fecha: 14/10/2024 06:04:06 PM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
TURNO DIA: Paciente alerta, activo. Come en cantidades, orina y defeca con normalidad. Hoy se realizó baño y limpieza de la herida, se le está aplicando un estimulante de regeneración del tejido (regepil). También consume con buen apetito los probióticos y el huevo. ¡¡martes 15 orquiectomia, DEJAR EN AYUNO!!

****** Fecha: 15/10/2024 06:38:57 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente estable, activo, se continua con la limpieza de la herida, se deja en ayuno desde las 12am, sale orina, defeca brístol 3, sin vómitos, no se da Previcox de la mañana.

****** Fecha: 15/10/2024 07:37:19 PM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
Alerta al medio, responde a estímulos externos, se esterilizo en la mañana, despertó muy bien del procedimiento, dolor está controlado, ¿aplicar duplocilina en la noche?

****** Fecha: 16/10/2024 06:14:33 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente estable, activo, come y toma agua, herida sin secreciones, no se lame, no se administra antibiótico, come y toma agua, orina y defeca bristol 3. Se suspende medicacion, se da alta medica queda en area de hospital canino si medicacion.

****** Fecha: 21/10/2024 08:30:52 AM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
Paciente es dado de alta con adoptante sin formulacion, se recomienda limpieza de herida, retiro de puntos en 3 dias.

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 12/10/2024 TITULO: HEMOGRAMA
OTROS: VER ADJUNTOS

FECHA: 12/10/2024 TITULO: BIOQUIMICA
OTROS: ver adjuntos

FECHA: 09/10/2024 TITULO: FORMULA MEDICA

I) CICLORALAC x 120ml.....#1
Aplicar sobre una gasa esteril y realizar limpiezas dos veces al dia por 10 dias consecutivos.

II) ALFA 3 CREMA .....#1
Aplicar en los bordes de la herida dos veces al dia por 10 dias consecutivos, despues de realizar la limpieza, retirar exceso de crema en cada limpieza.

NOTA
* Control y retiro de puntos en 8 dias.

_____
MVZ SANTIAGO PULGARIN J
MP: 47491

FECHA: 01/10/2024  TITULO: HEMOGRAMA
VER ARCHIVO ADJUNTO

FECHA: 01/10/2024  TITULO: ROTOR HEPATICO
VER ARCHIVO ADJUNTO

# CTA. CTE.

*31/10/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 146-POCILLO

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 01/10/2024 | *FORMULA DE CONTROL ESPECIAL - Unit. $15000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 15000 | 0 | 15000 |
| 01/10/2024 | *CONSUMIBLES PROCEDIMIENTO - Unit. $44000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 44000 | 0 | 59000 |
| 01/10/2024 | *DEXMEDETOMIDINA INY X ML - Unit. $8900 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 17800 | 0 | 76800 |
| 01/10/2024 | *KETAMINA INY DOSIS X ML - Unit. $7700 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 15400 | 0 | 92200 |
| 01/10/2024 | *MIDAZOLAM INY X ML - Unit. $4000 - DANIELA RESTREPO | 4.00 | 16000 | 0 | 108200 |
| 01/10/2024 | *19 TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $550 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 550 | 0 | 108750 |
| 01/10/2024 | *SUTURA N/A 2-0 (UNIDAD) - Unit. $8100 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 16200 | 0 | 124950 |
| 01/10/2024 | *SONDA NELATHON NO 20 - Unit. $1450 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 1450 | 0 | 126400 |
| 01/10/2024 | *SONDA NELATHON NO 8 - Unit. $1200 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 1200 | 0 | 127600 |
| 01/10/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3600 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 3600 | 0 | 131200 |
| 01/10/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 20 ROSADO - Unit. $2900 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 2900 | 0 | 134100 |
| 01/10/2024 | *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 8.0 - Unit. $6000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 6000 | 0 | 140100 |
| 01/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - DANIELA RESTREPO | 3.00 | 1050 | 0 | 141150 |
| 01/10/2024 | *19 JERINGA 10 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $450 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 900 | 0 | 142050 |
| 01/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 500 | 0 | 142550 |
| 01/10/2024 | *19 GUANTES QUIRÚRGICOS ESTÉRILES 7,5 PAQUETE X 2 - Unit. $3200 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 6400 | 0 | 148950 |
| 01/10/2024 | *19 CUCHILLA BISTURI #10 UD - Unit. $600 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 600 | 0 | 149550 |
| 01/10/2024 | *19 CAMPO ESTERIL CERRADO XL 130/0.7 - Unit. $5200 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5200 | 0 | 154750 |
| 01/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 31500 | 0 | 186250 |
| 01/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 18700 | 0 | 204950 |
| 01/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 500 | 0 | 205450 |
| 01/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 700 | 0 | 206150 |
| 01/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 500 | 0 | 206650 |
| 01/10/2024 | *UNICLAV INY DE 1,1 A 2,5 ML - Unit. $7600 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 7600 | 0 | 214250 |
| 01/10/2024 | *MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - DANIELA | 1.00 | 5200 | 0 | 219450 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| | RESTREPO | | | | |
| 01/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 1,1 A 3 ML - Unit. $5600 - DANIELA RESTREPO | 3.00 | 16800 | 0 | 236250 |
| 01/10/2024 | *CAPSTAR 57 MG TAB X UNIDAD - Unit. $8500 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 17000 | 0 | 253250 |
| 01/10/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 24300 | 0 | 277550 |
| 01/10/2024 | *ROTOR HEPATICO MAMIFEROS (ALB,ALP,ALT,BA,BUN,CHOL,GGT,TBIL) - Unit. $80000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 80000 | 0 | 357550 |
| 01/10/2024 | CONSULTA UAM NOCTURNA DOMINICAL O FESTIVO - Unit. $0 - ANGELICA VELEZ | 1.00 | 0 | 0 | 357550 |
| 01/10/2024 | *ISOFLUORANO X 0 A 8 ML - Unit. $35600 - ANGELICA VELEZ | 1.00 | 35600 | 0 | 393150 |
| 01/10/2024 | ANESTESIA INHALADA X HORA INDUCCION Y MONITOREO SIN MATERIALES - Unit. $71600 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 71600 | 0 | 464750 |
| 01/10/2024 | *OXIGENO MEDICINAL A 4L/MIN X HORA (PARED) - Unit. $8000 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 8000 | 0 | 472750 |
| 01/10/2024 | *19 DREN DE PENROSE 1/4" X 17" ESTERIL - Unit. $6800 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 6800 | 0 | 479550 |
| 01/10/2024 | ABLACIÓN PABELLON AURICULAR EXTERNO 0-40 KG - Unit. $540000 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 540000 | 0 | 1019550 |
| 02/10/2024 | *NEXGARD SPECTRA L LILA 15-30 KG - Unit. $64900 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 64900 | 0 | 1084450 |
| 02/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 31500 | 0 | 1115950 |
| 02/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 18700 | 0 | 1134650 |
| 02/10/2024 | *SOLUCION CLORURO D SODIO X 100ML - Unit. $3400 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 3400 | 0 | 1138050 |
| 02/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 700 | 0 | 1138750 |
| 02/10/2024 | *MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5200 | 0 | 1143950 |
| 02/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 1,1 A 3 ML - Unit. $5600 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 11200 | 0 | 1155150 |
| 02/10/2024 | *ENROVET SUSP INY 10% DE 1,1 A 2 ML - Unit. $6600 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 6600 | 0 | 1161750 |
| 02/10/2024 | ANALGESIA MULTIMODAL - Unit. $16200 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 16200 | 0 | 1177950 |
| 02/10/2024 | LIMPIEZA HERIDA PROCEDIMIENTO - Unit. $15300 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 15300 | 0 | 1193250 |
| 02/10/2024 | SEDACION PROCEDIMIENTO - Unit. $40000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 40000 | 0 | 1233250 |
| 02/10/2024 | *PROPOFOL INY 1% DOSIS X ML - Unit. $7800 - DANIELA RESTREPO | 5.00 | 39000 | 0 | 1272250 |
| 03/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 31500 | 0 | 1303750 |
| 03/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 18700 | 0 | 1322450 |
| 03/10/2024 | *ENROVET SUSP INY 10% DE 1,1 A 2 ML - Unit. $6600 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 6600 | 0 | 1329050 |
| 03/10/2024 | *CANNEX SUSP ORAL DOSIS X ML - Unit. $3000 - DANIELA RESTREPO | 2.40 | 7200 | 0 | 1336250 |
| 03/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 18700 | 0 | 1354950 |
| 03/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 31500 | 0 | 1386450 |
| 03/10/2024 | LIMPIEZA HERIDA PROCEDIMIENTO - Unit. $15300 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 15300 | 0 | 1401750 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 04/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - DANIELA RESTREPO | 3.00 | 1050 | 0 | 1402800 |
| 04/10/2024 | *MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5200 | 0 | 1408000 |
| 04/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - CARLOS OSPINA | 2.00 | 1000 | 0 | 1409000 |
| 04/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - CARLOS OSPINA | 2.00 | 1000 | 0 | 1410000 |
| 04/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - CARLOS OSPINA | 2.00 | 700 | 0 | 1410700 |
| 04/10/2024 | *MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 5200 | 0 | 1415900 |
| 04/10/2024 | *ENROVET SUSP INY 10% DE 1,1 A 2 ML - Unit. $6600 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 6600 | 0 | 1422500 |
| 05/10/2024 | *MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 5200 | 0 | 1427700 |
| 05/10/2024 | *ENROVET SUSP INY 10% DE 1,1 A 2 ML - Unit. $6600 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 6600 | 0 | 1434300 |
| 05/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 31500 | 0 | 1465800 |
| 05/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 18700 | 0 | 1484500 |
| 07/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 31500 | 0 | 1516000 |
| 07/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 18700 | 0 | 1534700 |
| 07/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 500 | 0 | 1535200 |
| 07/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 700 | 0 | 1535900 |
| 07/10/2024 | *MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 5200 | 0 | 1541100 |
| 07/10/2024 | *ENROVET SUSP INY 10% DE 1,1 A 2 ML - Unit. $6600 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 6600 | 0 | 1547700 |
| 07/10/2024 | *ENROVET SUSP INY 10% DE 0,6 A 1 ML - Unit. $6300 - MARIA DANIELA | 1.00 | 6300 | 0 | 1554000 |
| 07/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - MARIA DANIELA | 1.00 | 18700 | 0 | 1572700 |
| 07/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 31500 | 0 | 1604200 |
| 08/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - MARIA DANIELA | 1.00 | 18700 | 0 | 1622900 |
| 08/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 31500 | 0 | 1654400 |
| 08/10/2024 | *MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - MARIA DANIELA | 1.00 | 5200 | 0 | 1659600 |
| 08/10/2024 | *ENROVET SUSP INY 10% DE 1,1 A 2 ML - Unit. $6600 - MARIA DANIELA | 1.00 | 6600 | 0 | 1666200 |
| 11/10/2024 | *CAPSTAR 57 MG TAB X UNIDAD - Unit. $8500 - ANGELICA VELEZ | 2.00 | 17000 | 0 | 1683200 |
| 12/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 31500 | 0 | 1714700 |
| 12/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 31500 | 0 | 1746200 |
| 12/10/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 24300 | 0 | 1770500 |
| 12/10/2024 | *ROTOR DIAGNOSTICO COMPLETO (ALB,ALP,ALT,AMY,BUN,CA,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+,PHOS,TB - Unit. $95000 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 95000 | 0 | 1865500 |
| 12/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - ANGELICA VELEZ | 2.00 | 37400 | 0 | 1902900 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 13/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 31500 | 0 | 1934400 |
| 13/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 18700 | 0 | 1953100 |
| 15/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 31500 | 0 | 1984600 |
| 15/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 18700 | 0 | 2003300 |
| 15/10/2024 | ORQUIECTOMÍA / CANINO 20,1-30KG - Unit. $280000 - ANGELICA VELEZ | 1.00 | 280000 | 0 | 2283300 |
| 15/10/2024 | *19 CAMPO ESTERIL CERRADO XL 130/0.7 - Unit. $5200 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 5200 | 0 | 2288500 |
| 15/10/2024 | *19 CUCHILLA BISTURI #10 UD - Unit. $600 - ANGELICA VELEZ | 1.00 | 600 | 0 | 2289100 |
| 15/10/2024 | *19 GUANTES QUIRÚRGICOS ESTÉRILES 6,5 PAQUETE X 2 - Unit. $2800 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 2800 | 0 | 2291900 |
| 15/10/2024 | *19 GUANTES QUIRÚRGICOS ESTÉRILES 7,5 PAQUETE X 2 - Unit. $3200 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 3200 | 0 | 2295100 |
| 15/10/2024 | *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.5 - Unit. $6300 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 6300 | 0 | 2301400 |
| 15/10/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3600 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 3600 | 0 | 2305000 |
| 15/10/2024 | *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 1 - Unit. $12250 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 12250 | 0 | 2317250 |
| 15/10/2024 | *19 TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $550 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 550 | 0 | 2317800 |
| 15/10/2024 | *RONCAINA INY DOSIS X ML - Unit. $3200 - ORLANDO LEMA | 2.00 | 6400 | 0 | 2324200 |
| 15/10/2024 | *DEXMEDETOMIDINA INY X ML - Unit. $9400 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 9400 | 0 | 2333600 |
| 15/10/2024 | *KETAMINA INY DOSIS X ML - Unit. $7700 - ORLANDO LEMA | 1.50 | 11550 | 0 | 2345150 |
| 15/10/2024 | *FCO PROPOFOL 1% VIAL X 20ML - Unit. $38000 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 38000 | 0 | 2383150 |
| 15/10/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE VISTA ADICIONAL/CONTROL (1) - Unit. $22000 - ANGELICA VELEZ | 2.00 | 44000 | 0 | 2427150 |
| 15/10/2024 | *UNIDOL TAB 100 MG X UNIDAD - Unit. $4200 - ANGELICA VELEZ | 4.00 | 16800 | 0 | 2443950 |
| 15/10/2024 | *CONSUMIBLES PROCEDIMIENTO - Unit. $44000 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 44000 | 0 | 2487950 |
| 15/10/2024 | PROFILAXIS DENTAL DE 20 A 30 KG - Unit. $180000 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 180000 | 0 | 2667950 |
| 15/10/2024 | *5 FORTIFLORA CANINO SOBRE - Unit. $4100 - SANTIAGO PULGARIN | 3.00 | 12300 | 0 | 2680250 |
| 16/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 31500 | 0 | 2711750 |
| 16/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 18700 | 0 | 2730450 |
| 16/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 1000 | 0 | 2731450 |
| 16/10/2024 | *MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 5200 | 0 | 2736650 |
| 17/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $39000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 39000 | 0 | 2775650 |
| 21/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA TRESPALACIOS | 4.00 | 126000 | 0 | 2901650 |

Moneda: $

**SALDO:** 2901650

Angélica Vélez H.



Pago acta 4 1.401.750
Pago acta 5 1.499.900

Alcaldía de PEREIRA

# CONCEPTO TÉCNICO

Versión: 1

Fecha de vigencia: 12/02/2024

| INFORMACION DEL PREDIO | |
|---|---|
| Corregimiento: | BARRIO LAS |
| Vereda: | BRUSAS |
| Nombre Finca: | MZ 6 - CS 31 |
| Ficha catastral: | |
| Coordenadas: N: | W: |

| INFORMACION DEL PROPIETARIO | |
|---|---|
| Nombres: | JENNIFER ALEJANDRA |
| Apellidos: | CARMONA |
| Cédula Nº | 1088315650 |
| Tel fijo: | Celular: 3117301575 |

Fecha visita: 01/10/2024

Diario de Labores Nº:

**COMPONENTE:** BIENESTAR ANIMAL

**ASUNTO:** ATENCIÓN MÉDICA A CANINO COMUNITARIO
NOMBRE: NEGRO

**DESCRIPCION: ANTECEDENTES:** CANINO MESTIZO, LO REPORTAN DESDE EL BARRIO LAS BRUSAS CON UNA HERIDA EN PABELLÓN AURICULAR IZQUIERDO.

**OBSERVACIONES :** CANINO COMUNITARIO, CON HERIDA SUCIA-CONTAMINADA EN SU PABELLÓN AURICULAR IZQUIERDO CON PÉRDIDA DE TEJIDO, PRESENCIA DE PARÁSITOS Y MAL OLOR. SU CONDICIÓN CORPORAL ES 1/5.

**CONCLUSIONES:**
- CANINO COMUNITARIO.
- HERIDA SUCIA-CONTAMINADA EN PABELLÓN AURICULAR IZQ.
- CC: 1/5.

**RECOMENDACIONES:**

SI BIEN EL CANINO ES COMUNITARIO, LA PERSONA REFERENCIADA COMO JENNIFER ALEJANDRA CARMONA, SERÁ QUIEN RECOJA AL PACIENTE, UNA VEZ FINALIZADA SU ATENCIÓN. BRINDARLE A ELLA CUALQUIER INFORMACIÓN AL NÚMERO: 3117301575

**Nota.** Este concepto se complementa con registro fotográfico

**NOMBRE DEL TÉCNICO:** FRANK ARBELÁEZ **FIRMA** Jennifer C.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES REMITIDOS DEL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO

Yo FRANK CAMILO ARBELÁEZ identificado con cédula de ciudadanía número 1088349349 de PEREIRA en calidad de responsable de NEGRO, especie CANINO, raza MESTIZO, sexo M X H ___, de 12 años, con 21 Kg de peso e historia clínica número 2963. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del paciente, por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar su estado de salud.

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

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

_____

_____

_____

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

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

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

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

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución. He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

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

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

En contraparte yo Daniela Restrepo Morales con tarjeta profesional número 29550 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

**Nota: Quien firma como acudiente acepta ser el responsable por el paciente; En caso que el paciente no tenga acudiente el hospital público veterinario de la ciudad de Pereira será el único responsable y tomador de decisiones autorizado y será el encargado de ubicar un hogar o definir el destino final del paciente una vez completada su recuperación.**

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 1 de Octubre del 2024

**Tutor/Acudiente**
CC: 1088349349
Tel: 3122067286

**Médico Veterinario Visión de las Américas**
MP: 29550

En caso de pacientes sin acudiente por favor diligenciar la siguiente información:

| **Lugar de procedencia o hallazgo** | **Descripción de los hechos** | |
|---|---|---|
| *Especificar sector/barrio/vereda<br>M26 Cs 31.<br>Las brisas vilki santana. | Reportan canino comunitario Jennifer alejandra camera responde por el. | |
| **Datos de quien entrega** | | |
| **Nombre completo** | **Cedula** | **Teléfono** |
| | | 3117307575. |
| **Dirección:** | | |

**Autoriza el Ingreso Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

**CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO**

Fecha de ingreso: 1 oct 2024
Paciente: Pacillo-Negro HC: 2963
Diagnostico presuntivo: _____

Sexo: M ✓ H
Especie: Canino
Edad: _____

Peso: 24kg Cta $ 3
Médico tratante: _____
Obs. Convenio - No tiene tutor

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1oct | Cimiclav | 24h | SC | 8,75mg/kg | 1,3ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Meloxic 2% | 24h | IV | 0,2mg/kg | 0,3ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | ⊗ | | | |
| | Dipirona | 8h | IV | 28mg/kg | 1,3ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | |
| | Cepster 50mg | DU | VO | | 2Tab | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2at | Clavaseptin 250g | 12h | VO | 8,75mg/kg | 1Tab | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Meloxic 2% | 24h | IV | 0,1mg/kg | 0,15ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | ⊗ | | | |
| | Dipirona | 8h | IV | 28mg/kg | 1,3ml | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | |
| | Nexgard | DU | VO | | 1,5Tab | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Enrovet 10% | 4/24 | SC | 5mg | 1,2ml | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | |
| 3oct | Meloxic 2% | 24h | IV | 0,1mg/kg | 0,15ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Dipirona | 8h | IV | 28mg/kg | 1,3ml | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | |
| | Enrovet 10% | 24h | SC | 5mg/kg | 1,2ml | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | |
| | Cannex | DU | VO | 1ml/10kg | 2,4ml | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | |
| 4oct | Meloxic 2% | 24h | IV | 0,1mg/kg | 0,15ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Enrovet 10% | 24h | SC | 5mg/kg | 1,2ml | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | |
| 08/10 | Meloxicam 2% | SID | IV | 0,1 | 0,15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Enrovet 10% | SID | SC | 5 | 1,2 | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | |
| 06/10 | Meloxicam 2% | SID | IV | 0,1 | 0,15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | enrovet 10% | SID | SC | 5 | 1,2 | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | |
| 07/10 | Meloxicam 2% | SID | IV | 0,1 | 0,15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Enrovet 10% | SID | SC | 5 | 1,2 | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | |
| 08/10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Meloxicam 2% | SID | IV | 0,1mg | 0,15ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Enrovet 10% | SID | SC | 5 | 1,2ml | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | (Cistitis) | | | | | | | | |
| 09/10 | Meloxicam 2% | SID | IV | 0,1mg | 0,15ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |

Programado O
Aplicado X

**Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:**

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## Exámen físico diario paciente hospitalizado

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

Ingresa: _____ Obs: _____

| FECHA | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA | 29/1 | 02/10 | 3/01 | 4/01 | 5/10 | 06/10 | 06/10 | 07/10 | | | | | | |
| PARAMETRO | 5:30am | 8:00 | 5:20pm | 1:36pm | 3:30 | 6:00 AM | 8:00 | 5:00a | | | | | | |
| T° | 37.5°C | 37.5C | 37.1C | 37.6°C | 37.8C | 38,2 | 37.6°C | 37°C | | | | | | |
| FC | 80 | 116 | 96 | 92 | 96 | 104 | 100 | 108 | | | | | | |
| FR | 12 | 16 | 20 | 24 | 24 | 28 | 16 | 20 | | | | | | |
| PULSO | F/C | F/C | F/C | F/C | F | F | F | F | | | | | | |
| MUCOSAS | Rp/H | R | R/H | R/H | R | R | R | R | | | | | | |
| TLLC | 2s | 2s | 2s | 2s | 2s | 1" | 2s | 2s | | | | | | |
| COME | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | | | | | | |
| BEBE | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | | | | | | |
| VOMITO | NO | Si | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | | | | | |
| HECES | NO | NO | NO | Si | Si | Si | Si | Si | | | | | | |
| MICCION | Si | | Si | Si | Si | Si | Si | Si | | | | | | |
| PESO | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESION ARTERIAL MEDIA | | | | | | | | | | | | | | |
| % DESHIDRATACION | | | | | | | | | | | | | | |
| FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *dolor | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *neuro | | | | | | | | | | | | | | |
| REALIZADO POR *iniciales | DRM | MAB | DRM | DRM | MAB | CAQ | MAB | MAB | | | | | | |
| PENDIENTES | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

| PACIENTE: Paulo | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 1oct | 2/10 | | 04/10 |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | |
| BURETA 150 ML X UND | | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | | | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | | 1 | 1 | 1 |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | | | | |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | |
| FCO GOTERO X ____ ML | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | |
| JERINGA 1 ML | 2 | | | 2 |
| JERINGA 10 ML | | | | |
| JERINGA 20 ML | | | | |
| JERINGA 2-3 ML | 1 | | | 2 |
| JERINGA 5 ML | 2 | 1+1 | 1+1 | 2 |
| JERINGA 50 ML | | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | |

| # HC 2963 | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 1oct | 02oct | | |
| LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | |
| LATA E/N CANINO 377 G | | | | |
| LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | |
| LATA HA CANINE X 377 GR | | | | |
| LLAVE DE TRES VIAS | | | | |
| MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | |
| MILPRO CACHORRO TAB | | | | |
| OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | |
| OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | |
| SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | |
| SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | |
| SOLUCION CLORURO X 100ML | | 1 | | |
| SOLUCION CLORURO X 500ML | | | | |
| SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | | | | |
| SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | |
| SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | |
| SONDA NELATHON # | | | | |
| SONDA NELATHON # | | | | |
| SONDA URINARIA FELINO | | | | |
| SUPRASOB A COMPRESA | | | | |
| SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | |
| SUT. POLIDIOXANONA # | | | | |
| SUT. POLIGALACTINA # | | | | |
| SUTURA N/A # | | | | |
| TAPON HEPARINIZADO | | | | |
| TEST DE FLUORESCEINA | | | | |
| TEST DE LEUCEMIA | | | | |
| TEST DE MOQUILLO | | | | |
| TEST DE PARVOVIRUS | | | | |
| TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | |
| TGF0VENDA TUBULAR ELAS mt | | | | |
| TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | |

| | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 1oct | 2 Octu | 3/10 | 04/10 |
| TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | | |
| VENOCLISIS MACROGOTEO | | | | |
| VENOCLISIS MICROGOTEO | | | | |
| VLIWASORB APOSITO | | | | |
| VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| CITOLOGIA | | | | |
| ECOGRAFIA ABDOMINAL | | | | |
| ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | | | | |
| HEMOGRAMA UAM | 1 | | | |
| HIDRATACION | | | | |
| HISTOPATOLOGIA | | | | |
| HOSPITALIZACION | 1 | 1 | 1 | 1 |
| NEBULIZACION | | | | |
| REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| **SERVICIOS Y OTROS** | | | | |
| Perfil Hepatico | 1 | | | |
| procedimiento (700000) | | 1 | | |
| Meloxicam 15-30g | | 1 | | |
| Propofol | | 5 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

| PACIENTE: Perillo | FECHA | FECHA | | FECHA | # HC 2983 | FECHA | | FECHA | FECHA | | | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 05/10 | | 07/10 | 08/10 | ARTICULO | | | | | ARTICULO | 05/10 | 06/10 | 07/10 | 08/10 |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | | LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | | TIRAS PARA GLUCOSA CAN/FELI | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | | LATA E/N CANINO 377 G | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | | LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BURETA 150 ML X UND | | | | | LATA HA CANINE X 377 GR | | | | | VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | | LLAVE DE TRES VIAS | | | | | VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | | MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | | VENOCLISIS MACROGOTEO | | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | | | | | MILPRO CACHORRO TAB | | | | | VENOCLISIS MICROGOTEO | | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | | | | | OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | | VLIWASORB APOSITO | | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | | | | | OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | | VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | | SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | | CITOLOGIA | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | 1 | 1 | 1 | 1 | SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | | ECOGRAFIA ABDOMINAL | | | | |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | | SOLUCION CLORURO X 100ML | | | | | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCION CLORURO X 500ML | | | | | HEMOGRAMA UAM | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | | | | | HIDRATACION | | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | | SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | | HISTOPATOLOGIA | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | | | | | SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | | HOSPITALIZACION | 1 | 1 | 1 | 1 |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | NEBULIZACION | | | | |
| FCO GOTERO X ____ ML | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | | SONDA URINARIA FELINO | | | | | **SERVICIOS Y OTROS** | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | | | SUPRASOB A COMPRESA | | | | | | | | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | | | | | SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | | | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | | SUT. POLIDIOXANONA # | | | | | | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | | SUT. POLIGALACTINA # | | | | | | | | | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | | SUTURA N/A # | | | | | | | | | |
| JERINGA 1 ML | | | | | TAPON HEPARINIZADO | | | | | | | | | |
| JERINGA 10 ML | | | | | TEST DE FLUORESCEINA | | | | | | | | | |
| JERINGA 20 ML | | | | | TEST DE LEUCEMIA | | | | | | | | | |
| JERINGA 2-3 ML | | 1 | | | TEST DE MOQUILLO | | | | | | | | | |
| JERINGA 5 ML | | 2 | | | TEST DE PARVOVIRUS | | | | | | | | | |
| JERINGA 50 ML | | | | | TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | | | | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | | TGF0VENDA TUBULAR ELAS mt | | | | | | | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | | TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | | | | | | |

# SOLICITUD DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA CIRUGIA Y PROCEDIMEINTOS

FECHA 01/10/2024 PACIENTE Posillo HC 2963 PROCEDIMIENTO

| ARTICULO | S | D | U |
|---|---|---|---|
| *19 AGUJA ESPINOCAN 100 X 3 1/2 | | | |
| *19 AGUJA HIPODERMICA 180 1 1/2 | | | |
| *19 AGUJA HIPODERMICA 210 1 1/2 | | | |
| *19 AGUJA HIPODERMICA 23G X 1 | | | |
| *19 ARENA PARA GATOS X LB | | | |
| *19 BAJALENGUAS X UNIDAD | | | |
| *19 BATA BLANCA DESECHABLE MANGA LARGA | | | |
| *19 BATAS AZUL PACIENTE PUÑO RIB UNIDAD | | | |
| *19 CAMPO ESTERIL CERRADO 0.80/0.80 | XL | 6 | |
| *19 CONITO MADERA ESTERIL UND | | | |
| *19 CONITOS DE MADERA X UND | | | |
| *19 CUCHILLA BISTURI #10 UD | 1 | | |
| *19 CUCHILLA BISTURI #15 UNIDAD | | | |
| *19 CUCHILLA BISTURI #21 UND | | | |
| *19 CUCHILLA MINORA CAJA X 5 UND | | | |
| *19 FRASCO GOTERO X 10 ML | | | |
| *19 FRASCO GOTERO X 120 ML | | | |
| *19 FRASCO GOTERO X 60 ML | | | |
| *19 FRASCO RECOLECTOR ORINA | | | |
| *19 GORROS CIRUGÍA DESECHABLES UNIDAD* | | | |
| GUANTES QUIRÚRGICOS 6,5 PAQUETE X 2 | | | |
| GUANTES QUIRÚRGICOS 7,5 PAQUETE X 2 | 2 | | |
| *19 GUANTES QUIRÚRGICOS 8,5 PAQUETE X 2 | | | |
| *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD | 1 | | |
| *19 JERINGA 10 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD | 2 | | |
| *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND | | | |
| *19 JERINGA 20 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD | | | |
| *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD | 3 | | |
| *19 JERINGA 50 ML UNIDAD | | | |
| *19 JERINGA 60 ML PUNTA CATETER | | | |
| *19 KIT DE MICRONEBULIZACION PEDIATRICO | | | |
| *19 LAPIZ ELECTROBISTURI | | | |
| *19 LLAVE DE TRES VIAS | | | |
| *19 POLAINAS DESECHABLES PAR | | | |
| *19 PUNCH PARA BIOPSIA 3 MM | | | |
| *19 TAPABOCAS ELAST X UNIDAD | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 2 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 2.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 5.0 | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # 5.5 | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 7.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 7.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 8.0 | 1 | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 8.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 9.0 | | | |
| *AGUJA ESTERIL X 500M | | | |
| *BURETA 150 ML X UND | | | |
| *CANULA NATAL DE OXIGENO ADULTO | | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 18 | | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 20 ROSADO | 1 | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL | 1 | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 24 AMARILLO | | | |
| *COMPRESA ESTERIL 45X45 | | | |
| *EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD | | | |
| *EXTENCION PARA ANESTRESIA ADULTO | | | |
| *FCO PROPOFOL 1% VIAL X 20ML | | | |
| *OXIGENO MEDICINAL A 2L/MIN X HORA (PARED) | | | |
| *OXIGENO MEDICINAL A 4L/MIN X HORA (PARED) | | | |
| *SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | |
| *SOLUCION CLORURO D SODIO X 100ML | | | |

| ARTICULO | S | D | U |
|---|---|---|---|
| *SOLUCION CLORURO D SODIO X 500ML | | | |
| *SOLUCION OSMOKIN MANITOL 20% X 500 ML | | | |
| *SOLUCIÓN DEXTROSA AL 5% X 500 ML | | | |
| *SOLUCIÓN DEXTROSA AL 50% X 1 ML | | | |
| *SOLUCIÓN HARTMANN X 500ML | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N30 | | | |
| SONDA FOLEY 2 VIAS N20 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #14 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #16 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #18 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #6 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #8 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 10 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 12 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 14 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 16 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 18 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 20 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 4 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 6 | 8 | 1 | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N12 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N14 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N16 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N18 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N22 | 10 | 4 | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #10 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #12 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 8 | | | |
| *SONDA URINARIA TELFIX X UND | | | |
| *SUPRASOB A COMPRESA | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 0 | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 1 | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 2-0 | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 3-0 | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 5-0 | | | |
| *SUTURA A. POLIDIOXANONA 2-0 | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 1 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 2-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 3-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 4-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 2-0 (UNIDAD) | 2 | | |
| *SUTURA N/A 3-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 4-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 5-0 (UNIDAD) | | | |
| *TAPON HEPARINIZADO UND | 1 | | |
| *TEST DE FLUORESCEINA OFTALMICO | | | |
| *TEST DE SCHIRMER OFTALMICO TIRILLA UND | | | |
| *TG FIX VENDA TUBULAR ELASTICA X METRO | | | |
| *VENDA COBAN PET-FLEX 10 X 4,5 TS | | | |
| *VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | |
| *VENOCLISIS MACROGOTEO | | | |
| *VENOCLISIS MICROGOTEO | | | |
| *VUWASORB APOSITO | | | |
| *ADRENALINA INY X ML | | | |
| *ATROPINA SUSP INY X 1 ML | | | |
| *BUTORMIN INY X ML | | | |
| *CEFENIA SUSP INY X ML | | | |
| *COLVET INYECTABLE X ML | | | |
| *CONVENIA SUSP INY X ML | | | |
| *DEXAMETASONA 8MG/2ML | | | |
| *DEXMEDETOMIDINA INY X ML | | | |
| *DUPLOCILINA LA SUSP INY X ML | | | |
| *EDO ATP SUSP INY X ML | | | |
| *EFINEFRINA INY AMPLL 1 MG / ML | | | |

| MEDICAMENTOS | S | D | U |
|---|---|---|---|
| *EUTHANEX INY X ML | | | |
| *FENTANILO 0.05 MG/ML x dosis (AMP 10 ML) | | | |
| *FENTANILO 0.1 MG/2ML x dosis (AMP 2 ML) | | | |
| *ISOFLUORANO RECARGA | | | |
| *KAMTER ES | | | |
| *KETAMINA INY DOSIS X ML | 2 mL | | |
| *MANITOL 20% X ML | | | |
| *MELCOOL INY 0,5% X ML | | | |
| *MELOXIC INY 2% X ML | | | |
| *MIDAZOLAM INY X ML | 4 mL | | |
| *MULTIMO INY X ML | | | |
| *OMEPRAZOL AMP X 40 MG/ML | | | |
| *ONDANSETRON AMPLL 8 MG/ML | | | |
| *OXITOCINA DOSIS X ML | | | |
| *PENTHAL INY X ML | | | |
| *PROCAINA INY X ML | | | |
| *PROPOFOL INY 1% DOSIS X ML | | | |
| *QUERCETOL INY X ML | | | |
| *RANIDIN INY X ML | | | |
| *RESUPRAM INY DOSIS X ML | | | |
| *RONCAINA INY DOSIS X ML | | | |
| *TRAMADOL 50MG/ML AMPLL X 2 ML | | | |
| *TRANQUILAN INY X ML | | | |
| *VETHISTAM INY X ML | | | |
| *XILASYNA 2% INY DOSIS X ML | | | |
| *ZOLETIL INY X ML | | | |
| *HEPARINA SODICA 5000 U/ML X ML | | | |
| Ketamina 2 mL | 2 mL | | |
| Dexmetomidina | 2 mL | | |
| Cefazolina QX | 1g | | |
| Ceftriaxona Ceftrol | 1 | | |

Observaciones:

Suministra:

Devuelve:

Carga cuenta: DRH

*S suministrados o alistados

*D Devueltos o no usados

*U utilizados = S-D

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

26 Kg → 130 eT

## CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de ingreso: 11/10/24.
Paciente: Roxilo # HC: 2963
Diagnostico presuntivo:

Sexo: M X H
Especie: Canino
Edad: 10 años APROX.

Peso: 24 Kg. Cta $ 3
Médico tratante:
Obs.

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12/10 | Piroxicam 57mg | SID | PO | 4mg/Kg | 1 y 1/2 | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Duplocillina | DU | SC | | 2mL | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13/10 | Piroxicam 57mg | SID | PO | 4mg/Kg | 1 y 1/2 | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Probiolac | BID | PO | — | 2 cucharas | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | |
| | Fortiflora | BID | PO | | 1 sobre | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | |
| 14 oct | Piroxicam 57mg | 24h | VO | 4mg/kg | 1 1/2 tab | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fortiflora | 24h | VO | | 1 sobre | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | |
| 15 OCT | Piroxicam 57mg | 24 H | VO | 4mg/kg | 1 1/2 TAB | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fortiflora | BID | PO | 1 sobre | 1 SOBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | |
| | Meloxicam 2% | C10 | IV | 0.1mg/kg | 0.1mL | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 OCT | Meloxicam 2% | SID | IV | 0.1mg/kg | 0.1mL | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fortiflora | BID | VO | 1 sobre | 1 SOBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | |

**Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:**

Piroxicam donación no cobrar - 57mg

Programado O
Aplicado X

# Clínica Veterinaria Visión de las méricas

## Exámen físico diario paciente hospitalizado

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

Ingresa: _____ Obs: _____

| FECHA | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA / PARAMETRO | 12/10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| T° | 38.2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| FC | 102 | | | | | | | | | | | | | | | |
| FR | 30 | | | | | | | | | | | | | | | |
| PULSO | F | | | | | | | | | | | | | | | |
| MUCOSAS | Ros | | | | | | | | | | | | | | | |
| TLLC | 1S | | | | | | | | | | | | | | | |
| COME | Si | | | | | | | | | | | | | | | |
| BEBE | Si | | | | | | | | | | | | | | | |
| VOMITO | NO | | | | | | | | | | | | | | | |
| HECES | Si | | | | | | | | | | | | | | | |
| MICCION | Si | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESION ARTERIAL MEDIA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| % DESHIDRATACION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *dolor | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *neuro | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REALIZADO POR *iniciales | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PENDIENTES | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

| PACIENTE: Roco | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 14/10 | 15/10 | 16/10 | |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | |
| BURETA 150 ML X UND | | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | | | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | 1 | 1 | | |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | | | | |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | |
| FCO GOTERO X ___ ML | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | |
| JERINGA 1 ML | | | | |
| JERINGA 10 ML | | | | |
| JERINGA 20 ML | | | | |
| JERINGA 2-3 ML | | 1 | 1 | |
| JERINGA 5 ML | | | | |
| JERINGA 50 ML | | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | |

| # HC 2163 | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | | | | |
| LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | |
| LATA E/N CANINO 377 G | | | | |
| LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | |
| LATA HA CANINE X 377 GR | | | | |
| LLAVE DE TRES VIAS | | | | |
| MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | |
| MILPRO CACHORRO TAB | | | | |
| OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | |
| OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | |
| SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | |
| SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | |
| SOLUCION CLORURO X 100ML | | | | |
| SOLUCION CLORURO X 500ML | | | | |
| SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | | | | |
| SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | |
| SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | |
| SONDA NELATHON # | | | | |
| SONDA NELATHON # | | | | |
| SONDA URINARIA FELINO | | | | |
| SUPRASOB A COMPRESA | | | | |
| SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | |
| SUT. POLIDIOXANONA # | | | | |
| SUT. POLIGALACTINA # | | | | |
| SUTURA N/A # | | | | |
| TAPON HEPARINIZADO | | | | |
| TEST DE FLUORESCEINA | | | | |
| TEST DE LEUCEMIA | | | | |
| TEST DE MOQUILLO | | | | |
| TEST DE PARVOVIRUS | | | | |
| TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | |
| TGF0VENDA TUBULAR ELAS mt | | | | |
| TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | |

| | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 11/10 | 12/10 | 14/10 | 17/10 |
| TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | | |
| VENOCLISIS MACROGOTEO | | | | |
| VENOCLISIS MICROGOTEO | | | | |
| VLIWASORB APOSITO | | | | |
| VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| CITOLOGIA | | | | |
| ECOGRAFIA ABDOMINAL | | | | |
| ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | | | | |
| HEMOGRAMA UAM | 1 | | | |
| HIDRATACION | | | | |
| HISTOPATOLOGIA | | | | |
| HOSPITALIZACION | 1 | 1 | 1 | 1 |
| NEBULIZACION | | | | |
| REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| **SERVICIOS Y OTROS** | | | | |
| Roto Completo | 1 | | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

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

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

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

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## FORMULARIO DE MONITORIZACIÓN ANESTÉSICA DEL PACIENTE QUIRUGICO

Procedimiento (s): _____ Paciente: Pecilo HC: 7463 Fecha: 5/10/14

Diagnostico: Cojera con profloxs. Canino: X Felino: ___ Raza: mx Peso (kg): 66 Kg.

Temperatura: _____ Fc: _____ Fr: _____ Pulso: fc Mucosas: Rosa # Catéter: 24 ASA: II

| PREMEDICACIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Profesional Encargado:** | | **Rotante:** | | **Tipo de líquidos:** |
| **Medicamento** *nombre/concentracion | **Dosis (mg/kg)** | **Dosis (ml)** | **Vía de admin** | **Hora de aplicación** |
| Dexametasona | 5 mg | 1 ml | I.V | 8:10 |
| Ketamina | 3 mg/kg | 1.5 ml | I.V | 8:10 |
| Tramadol | 2 mg/kg | 1.5 ml | I.V | 8:10 |
| | | | | |
| | | | | |

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

| INDUCCIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Profesional Encargado:** | | **Rotante:** | | **Tipo de líquidos:** |
| **Medicamento** *nombre/concentracion | **Dosis (mg/kg)** | **Dosis (ml)** | **Vía de admin** | **Hora de aplicación** |
| propofol | 4 mg | 10 ml | I.V | 8:10 |
| | | | | |
| | | | | |

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

| ALTERACIONES Y/O COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO | | |
|---|---|---|
| **Tipo de Complicación** | **Hora** | **Observaciones** |
| | | |
| | | |
| | | |

Clín a Veterinaria Visión de las Am ricas

## MANTENIMIENTO ANESTESICO

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

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

| Minutos | 5" | 10" | 15" | 20" | 25" | 30" | 35" | 40" | 45" | 50" | 55" | 60" | 65" | 70" | 75" | 80" |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hora | 8:25 | 8:30 | 8:35 | 8:40 | 8:45 | 8:50 | 8:55 | 9:00 | 9:05 | 9:10 | | | | | | |
| ISO% | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | | | |
| O2 L/m | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | | | |
| FC | 90 | 90 | 90 | 88 | 90 | 90 | 90 | 88 | 88 | 92 | | | | | | |
| FR | 12 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | | | | | |
| T°C | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SpO2 | 100 | 100 | 99 | 99 | 98 | 98 | 100 | 98 | 98 | 99 | | | | | | |
| Pulso | 140 | 140 | 140 | 140 | 140 | 140 | 140 | 140 | 140 | 140 | | | | | | |
| Fluidos ml/h | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | | | | | |
| PA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBS. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

# SOLICITUD DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA CIRUGIA Y PROCEDIMEINTOS

FECHA 15-10-2024 PACIENTE Pacilo HC PROCEDIMIENTO ORQ + Profilaxis

| ARTICULO | S | D | U |
|---|---|---|---|
| *19 AGUJA ESPINOCAN 20G X 3 1/2 | | | |
| *19 AGUJA HIPODERMICA 18G 1 1/2 | | | |
| *19 AGUJA HIPODERMICA 21G 1 1/2 | | | |
| *19 AGUJA HIPODERMICA 23G X 1 | | | |
| *19 ARENA PARA GATOS X LB | | | |
| *19 BAJALENGUAS X UNIDAD | | | |
| *19 BATA BLANCA DESECHABLE MANGA LARGA | | | |
| *19 BATAS AZUL PACIENTE PUÑO RIB UNIDAD | | | |
| *19 CAMPO ESTERIL CERRADO 0,80/0,80 | 1 | | |
| *19 COPITO MADERA ESTERIL UND | | | |
| *19 COPITOS DE MADERA X UND | | | |
| *19 CUCHILLA BISTURI #10 UD | 1 | | |
| *19 CUCHILLA BISTURI #15 UNIDAD | | | |
| *19 CUCHILLA BISTURI #21 UND | | | |
| *19 CUCHILLA MINORA CAJA X 5 UND | | | |
| *19 FRASCO GOTERO X 10 ML | | | |
| *19 FRASCO GOTERO X 120 ML | | | |
| *19 FRASCO GOTERO X 60 ML | | | |
| *19 FRASCO RECOLECTOR ORINA | | | |
| *19 GORROS CIRUGÍA DESECHABLES UNIDAD* | | | |
| GUANTES QUIRÚRGICOS 6,5 PAQUETE X 2 | 1 | | |
| *19 GUANTES QUIRÚRGICOS 7,5 PAQUETE X 2 | 1 | | |
| *19 GUANTES QUIRÚRGICOS 8,5 PAQUETE X 2 | | | |
| *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD | | | |
| *19 JERINGA 10 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD | | | |
| *19 JERINGA 2/5 ML X 1 UND | | | |
| *19 JERINGA 20 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD | | | |
| *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD | 3 | | |
| *19 JERINGA 50 ML UNIDAD | | | |
| *19 JERINGA 60 ML PUNTA CATETER | | | |
| *19 KIT DE MICRONEBULIZACION PEDIATRICO | | | |
| *19 LAPIZ ELECTROBISTURI | | | |
| *19 LLAVE DE TRES VIAS | | | |
| *19 POLAINAS DESECHABLES PAR. | | | |
| *19 PUNCH PARA BIOPSIA 3 MM | | | |
| *19 TAPABOCAS ELAST 8 UNIDAD | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 2 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 2.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 5.0 | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # 5.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.5 | 1 | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 7.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 7.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 8.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 8.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 9.0 | | | |
| *AGUA ESTERIL X 500M | | | |
| *BURETA 150 ML X UND | | | |
| *CANULA NASAL DE OXIGENO ADULTO | | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 18 | | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 20 ROSADO | | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL | 1 | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 24 AMARILLO | | | |
| *COMPRESA ESTERIL 45X45 | | | |
| *EQUIPO PERICRANEAL 23G UNIDAD | | | |
| *EXTENCION PARA ANESTASIA ADULTO | | | |
| *FCO PROPOFOL 1% VIAL X 20ML | | | |
| *OXIGENO MEDICINAL A 2L/MIN X HORA (PARED) | | | |
| *OXIGENO MEDICINAL A 4L/MIN X HORA (PARED) | | | |
| *SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | |
| *SOLUCION CLORURO D SODIO X 100ML | | | |

| ARTICULO | S | D | U |
|---|---|---|---|
| *SOLUCION CLORURO D SODIO X 500ML | | | |
| *SOLUCION OSMOMIN MANITOL 20% X 500 ML | | | |
| *SOLUCIÓN DEXTROSA AL 5% X 500 ML | | | |
| *SOLUCIÓN DEXTROSA AL 50% X 1 ML | | | |
| *SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N10 | | | |
| SONDA FOLEY 2 VIAS N20 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS N14 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS N16 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS N18 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS R6 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS R8 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 10 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 12 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 14 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 16 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 18 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 20 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 4 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 6 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N12 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N14 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N16 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N18 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N22 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS R10 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS R12 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 8 | | | |
| *SONDA URINARIA FELINO X UND | | | |
| *SUPRASOB A COMPRESA | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLISUCOLICO 0 | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLISUCOLICO 1 | 1 | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLISUCOLICO 2-0 | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLISUCOLICO 3-0 | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLISUCOLICO 5-0 | | | |
| *SUTURA A. POLICROXAMONA 3-0 | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 1 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 2-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 3-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 4-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 2-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 3-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 4-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 5-0 (UNIDAD) | | | |
| *TAPON HEPARINIZADO UND | 1 | | |
| *TEST DE FLUORESCEINA OFTALMICO | | | |
| *TEST DE SCHIRMER OFTALMICO TIRILLA UND | | | |
| *TG FIX VENDA TUBULAR ELASTICA X METRO | | | |
| *VENDA COBAN PET-FLEX 10 X 4,5 T5 | | | |
| *VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | |
| *VENOCLISIS MACROGOTEO | | | |
| *VENOCLISIS MICROGOTEO | | | |
| *VUNASORB APOSITO | | | |
| *ADRENALINA INY X ML | | | |
| *ATROPINA SUSP INY X 1 ML | | | |
| *BUTORMIN INY X ML | | | |
| *CEFENIA SUSP INY X ML | | | |
| *COLVET INYECTABLE X ML | | | |
| *CONVENIA SUSP INY X ML | | | |
| *DEXAMETASONA 8MG/2ML | | | |
| *DEXMEDETOMIDINA INY X ML | | | |
| *DUPLOCILLINA LA SUSP INY X ML | | | |
| *EDO ATF SUSP INY X ML | | | |
| *EFINEFRINA INY AMPLL 1 MG / ML | | | |

| MEDICAMENTOS | S | D | U |
|---|---|---|---|
| *SUTHANES INY X ML | | | |
| *FENTANILO 0.05 MG/ML x dosis (AMP 10 ML) | | | |
| *FENTANILO 0.1 MG/2ML x dosis (AMP 2 ML) | | | |
| *SOEFLUORANO RECARGA | | | |
| *KAVITEX FI | | | |
| *KETAMINA INY DOSIS X ML | | | |
| *MANITOL 20% X ML | | | |
| *MELOCOL INY 0,5% X ML | | | |
| *MELOXIC INY 2% X ML | | | |
| *MIDAZOLAM INY X ML | | | |
| *MULTIBIO INY X ML | | | |
| *OMEPRAZOL AMP X 40 MG/ML | | | |
| *ONDANSETHON AMPLL 8 MG/4L | | | |
| *OXITOCINA DOSIS X ML | | | |
| *PENTHAL INY X ML | | | |
| *PROCAINA INY X ML | | | |
| *PROPOFOL INY 1% DOSIS X ML | | | |
| *QUERCETOL INY XML | | | |
| *RANIDIN INY X ML | | | |
| *RESUPRAM INY DOSIS X ML | | | |
| *RONCAINA INY DOSIS X ML | | | |
| *TRAMADOL 50MG/ML AMPLL X 2 ML | | | |
| *TRAMOLIAN INY X ML | | | |
| *VETHISTAM INY X ML | | | |
| *XILASYNA 2% INY DOSIS X ML | | | |
| *ZOLETIL INY X ML | | | |
| *HEPARINA SODICA 5000 UI/ML X ML | | | |
| 2 ml lidocaina | | | |

Observaciones:

Suministra:

Devuelve:

Carga cuenta:

*S suministrados o alistados

*D Devueltos o no usados

*U utilizados = S-D

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

zoetis

**POSILLO**

ID del paciente: 2963

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 12/08/2015
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

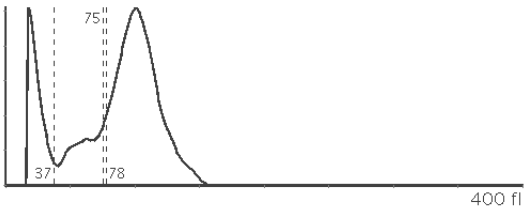
# Hematología

Fecha: 12/10/2024 02:52 PM  N° de serie del analizador: 360017749

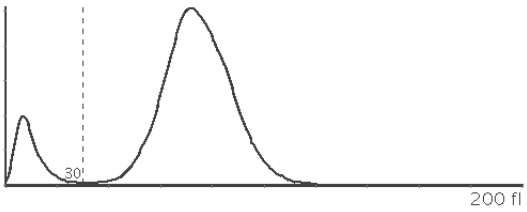
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **LEU** Leucocitos/Glóbulos blancos | 5.48 10^3/µl | BAJO | 6.0 | 17.0 |
| **LIN** Linfocito | 0.98 10^3/µl | BAJO | 1.0 | 4.8 |
| **MON** Monocito | 0.17 10^3/µl | BAJO | 0.2 | 1.5 |
| **NEU** Neutrófilo | 4.25 10^3/µl | | 3.0 | 12.0 |
| **EOS** Eosinófilo | 0.05 10^3/µl | | 0.0 | 0.8 |
| **BAS** Basófilo | 0.03 10^3/µl | | 0.0 | 0.4 |
| **LIN%** Linfocito (%) | 17.8 % | | | |
| **MON%** Monocito (%) | 3.1 % | | | |
| **NEU%** Neutrófilo (%) | 77.6 % | | | |
| **EOS%** Eosinófilo (%) | 0.9 % | | | |
| **BAS%** Basófilo (%) | 0.5 % | | | |
| **ERI** Eritrocitos/Glóbulos rojos | 4.18 10^6/µl | BAJO | 5.5 | 8.5 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **Hb** Hemoglobina | 9.9 g/dl | BAJO | 12.0 | 18.0 |
| **Hto** Hematocrito | 31.35 % | BAJO | 37.0 | 55.0 |
| **VCM** Volumen corpuscular medio | 75 fl | | 60.0 | 77.0 |
| **HCM** Hemoglobina corpuscular media | 23.7 pg | | 19.5 | 24.5 |
| **CHCM** Concentración de HCM | 31.6 g/dl | | 31.0 | 39.0 |
| **RDWc** Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 18.2 % | | 14.0 | 20.0 |
| **RDWs** Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 45.3 fl | | | |
| **PLT** Plaquetas | 409 10^3/µl | | 165.0 | 500.0 |
| **VPM** Volumen plaquetario medio | 9.1 fl | | 3.9 | 11.1 |
| **PCT** Plaquetocrito | 0.37 % | | | |
| **PDWc** Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 36.6 % | | | |
| **PDWs** Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 13.5 fl | | | |

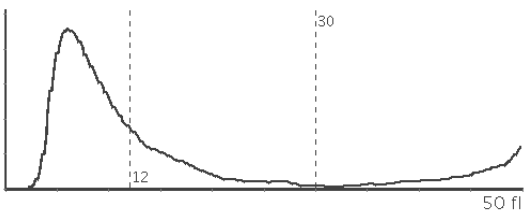
## Histograma: LEU



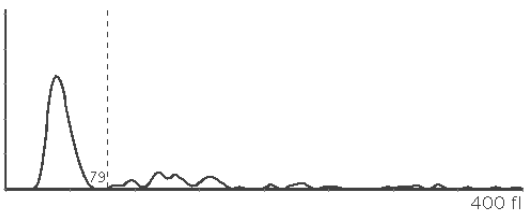

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT

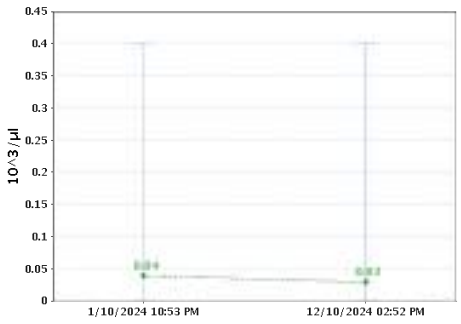



## Histograma: EOS

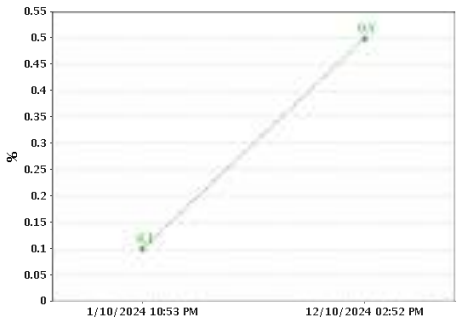


# Tendencias

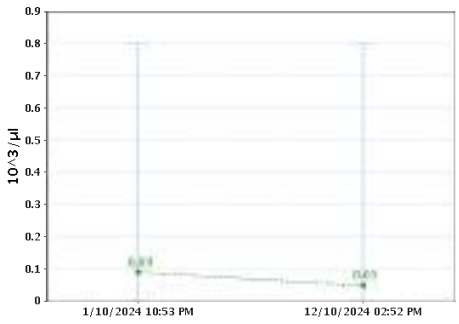
## BAS
Basófilo



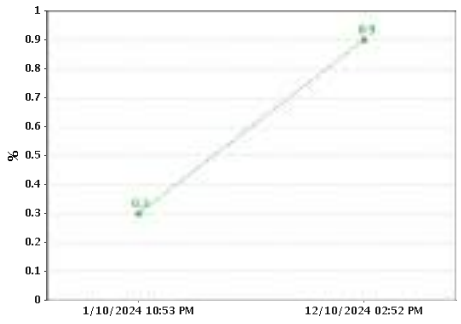

## BAS%
Basófilo (%)



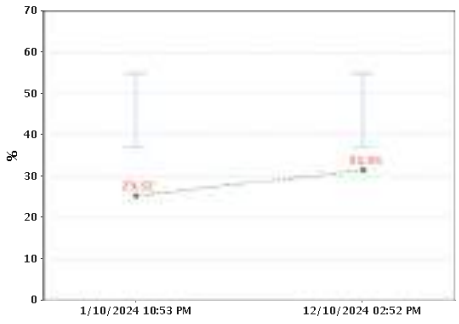

## EOS
Eosinófilo



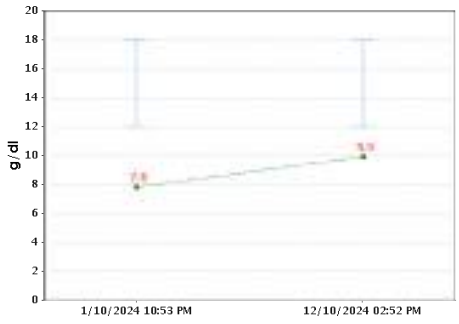

## EOS%
Eosinófilo (%)



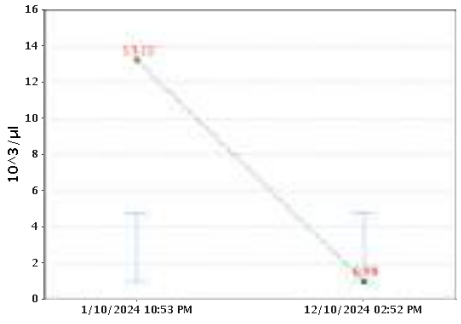

## Hto
Hematocrito



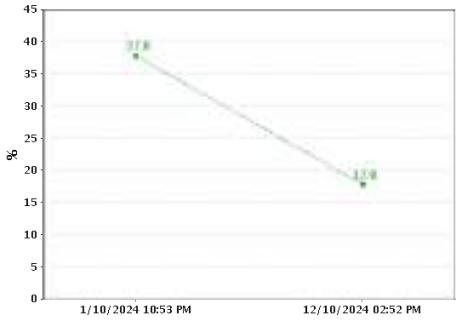

## Hb
Hemoglobina



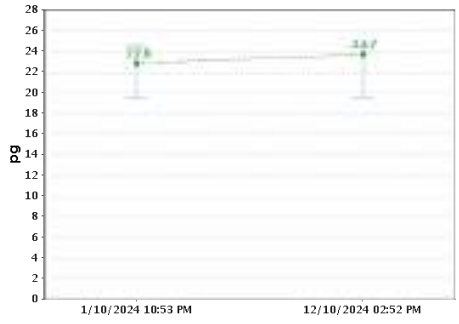

## LIN
Linfocito



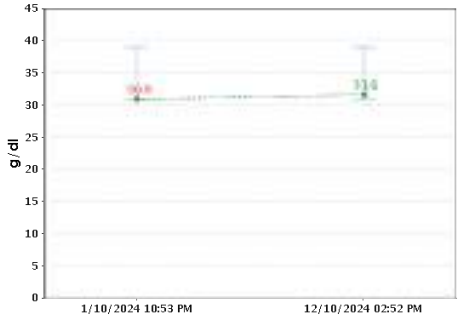

## LIN%
Linfocito (%)



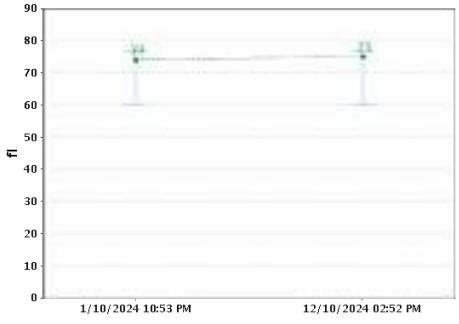

## HCM
Hemoglobina corpuscular media



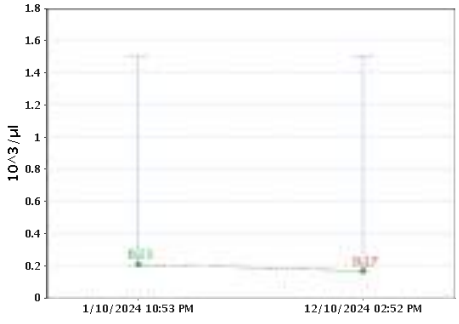

## CHCM
Concentración de HCM



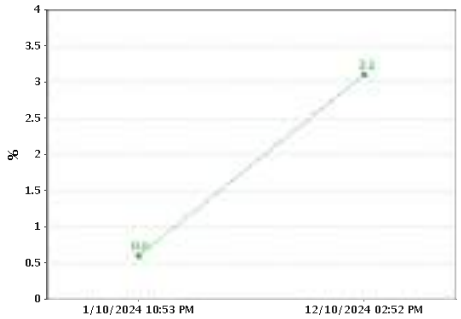

## VCM
Volumen corpuscular medio




## MON
Monocito



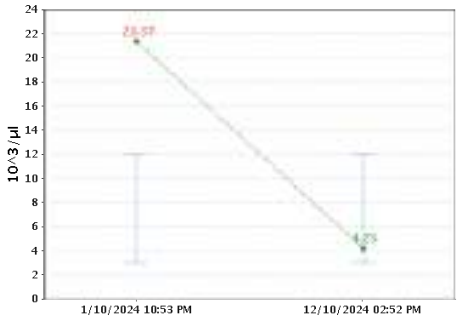
## MON%
Monocito (%)



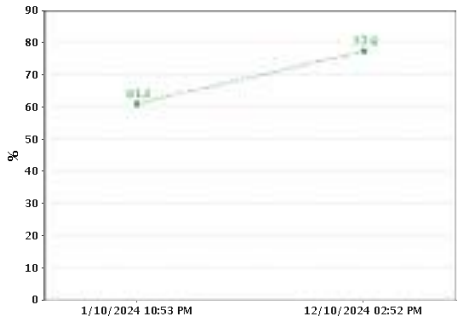

## VPM
Volumen plaquetario medio




## NEU
Neutrófilo



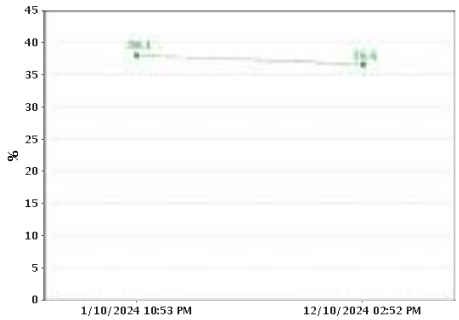

## NEU%
Neutrófilo (%)



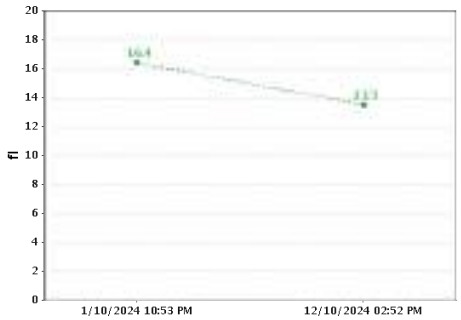

## PCT
Plaquetocrito



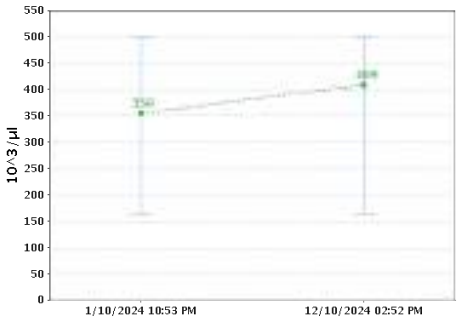

## PDWc
Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación



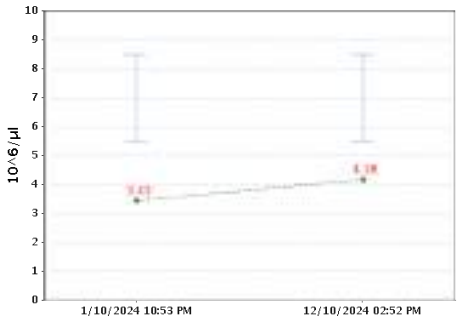

## PDWs
Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar




## PLT
Plaquetas



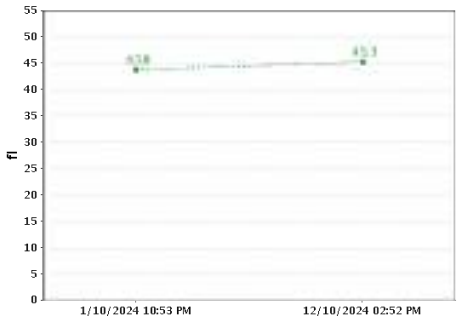

## ERI
Eritrocitos/Glóbulos rojos



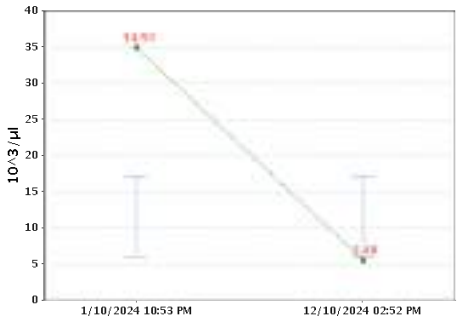

## RDWc
Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación




## RDWs
Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar




## LEU
Leucocitos/Glóbulos blancos



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

POSILLO

ID del paciente: 2963

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 12/08/2015
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

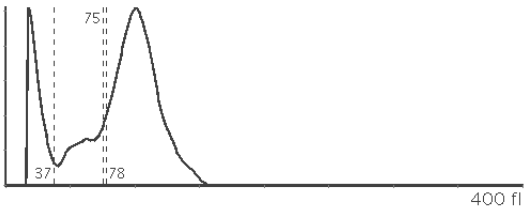
# Hematología

Fecha: 12/10/2024 02:52 PM  N° de serie del analizador: 360017749

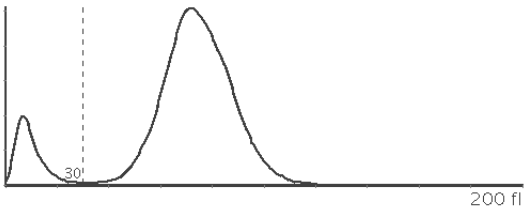
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **LEU** Leucocitos/Glóbulos blancos | 5.48 10^3/µl | BAJO | 6.0 | 17.0 |
| **LIN** Linfocito | 0.98 10^3/µl | BAJO | 1.0 | 4.8 |
| **MON** Monocito | 0.17 10^3/µl | BAJO | 0.2 | 1.5 |
| **NEU** Neutrófilo | 4.25 10^3/µl | | 3.0 | 12.0 |
| **EOS** Eosinófilo | 0.05 10^3/µl | | 0.0 | 0.8 |
| **BAS** Basófilo | 0.03 10^3/µl | | 0.0 | 0.4 |
| **LIN%** Linfocito (%) | 17.8 % | | | |
| **MON%** Monocito (%) | 3.1 % | | | |
| **NEU%** Neutrófilo (%) | 77.6 % | | | |
| **EOS%** Eosinófilo (%) | 0.9 % | | | |
| **BAS%** Basófilo (%) | 0.5 % | | | |
| **ERI** Eritrocitos/Glóbulos rojos | 4.18 10^6/µl | BAJO | 5.5 | 8.5 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **Hb** Hemoglobina | 9.9 g/dl | BAJO | 12.0 | 18.0 |
| **Hto** Hematocrito | 31.35 % | BAJO | 37.0 | 55.0 |
| **VCM** Volumen corpuscular medio | 75 fl | | 60.0 | 77.0 |
| **HCM** Hemoglobina corpuscular media | 23.7 pg | | 19.5 | 24.5 |
| **CHCM** Concentración de HCM | 31.6 g/dl | | 31.0 | 39.0 |
| **RDWc** Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 18.2 % | | 14.0 | 20.0 |
| **RDWs** Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 45.3 fl | | | |
| **PLT** Plaquetas | 409 10^3/µl | | 165.0 | 500.0 |
| **VPM** Volumen plaquetario medio | 9.1 fl | | 3.9 | 11.1 |
| **PCT** Plaquetocrito | 0.37 % | | | |
| **PDWc** Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 36.6 % | | | |
| **PDWs** Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 13.5 fl | | | |

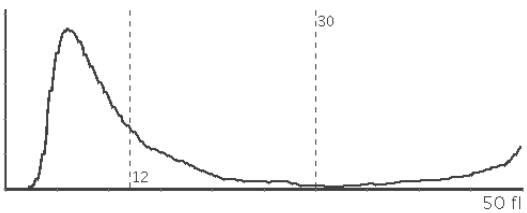
## Histograma: LEU



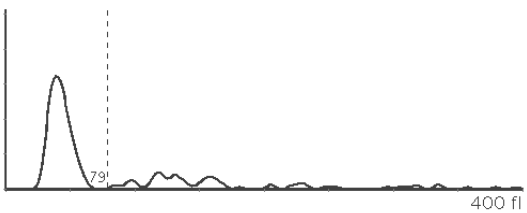

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT

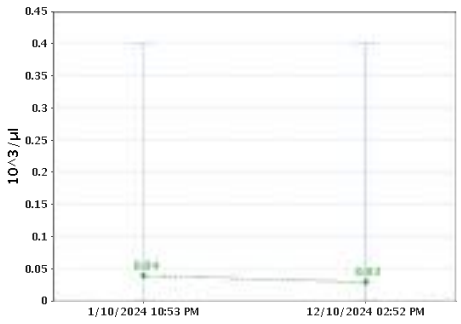



## Histograma: EOS

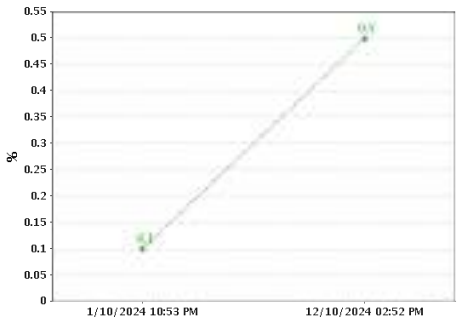


# Tendencias

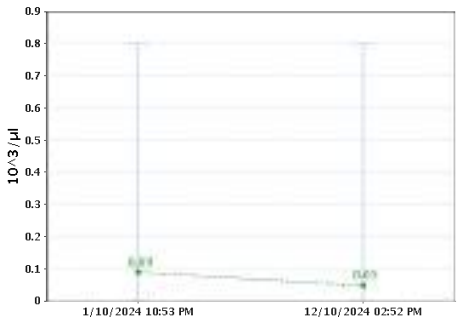
## BAS
Basófilo



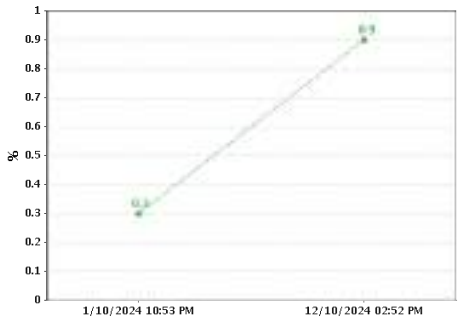

## BAS%
Basófilo (%)



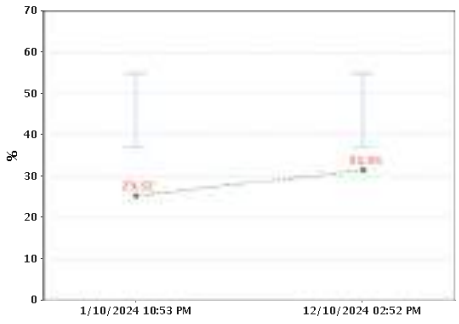

## EOS
Eosinófilo



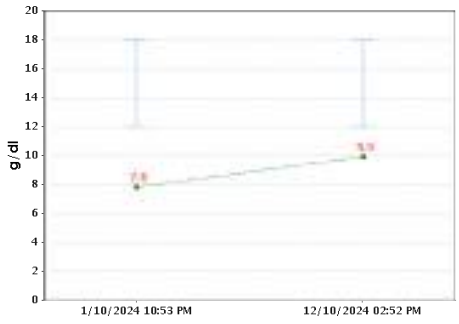

## EOS%
Eosinófilo (%)



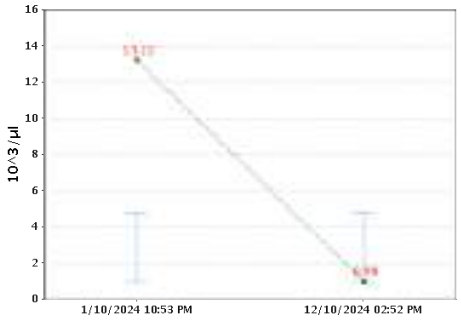

## Hto
Hematocrito



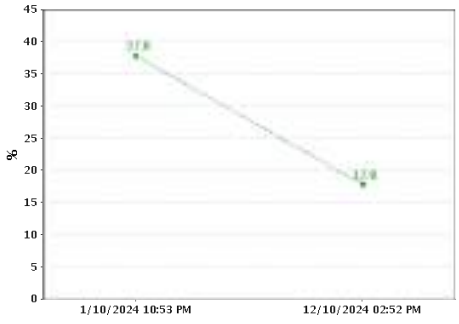

## Hb
Hemoglobina



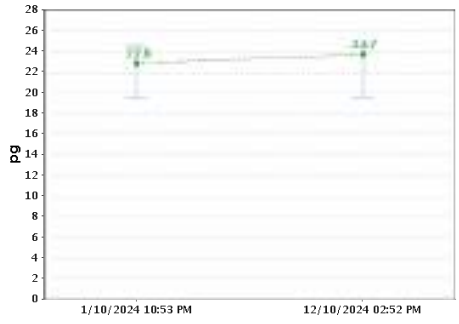

## LIN
Linfocito



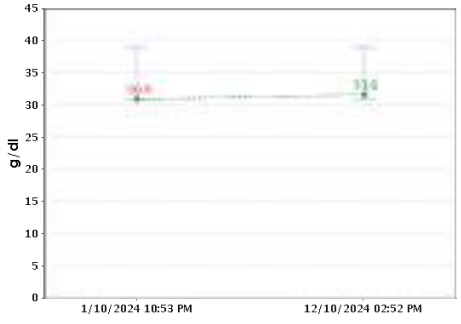

## LIN%
Linfocito (%)



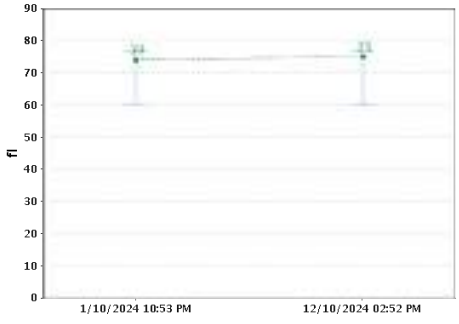

## HCM
Hemoglobina corpuscular media



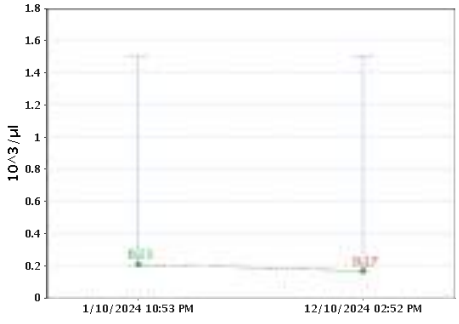

## CHCM
Concentración de HCM



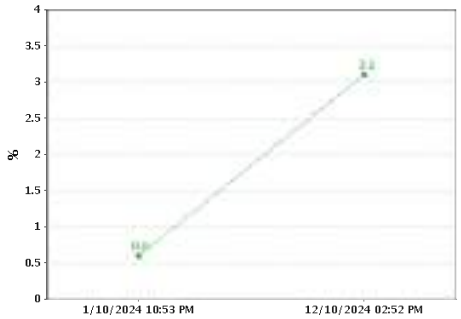

## VCM
Volumen corpuscular medio




## MON
Monocito



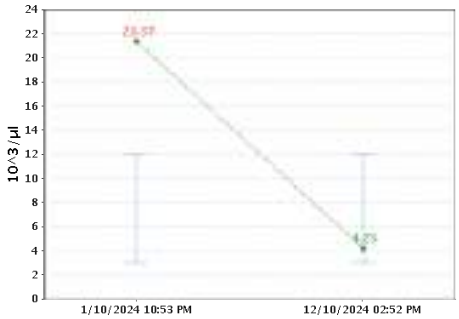
## MON%
Monocito (%)



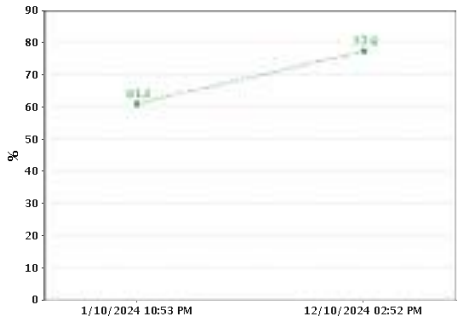

## VPM
Volumen plaquetario medio




## NEU
Neutrófilo



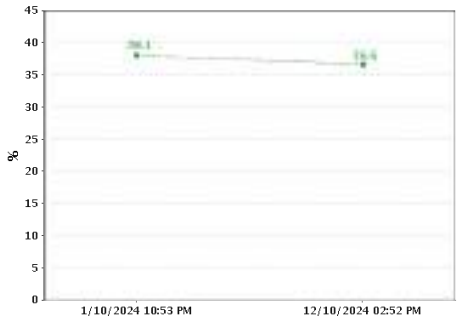

## NEU%
Neutrófilo (%)



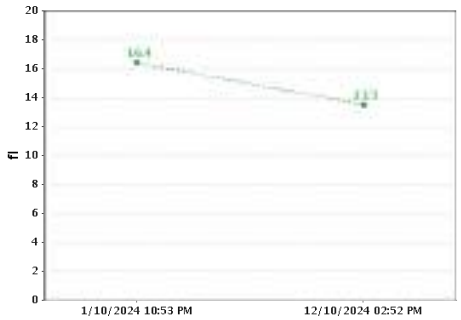

## PCT
Plaquetocrito



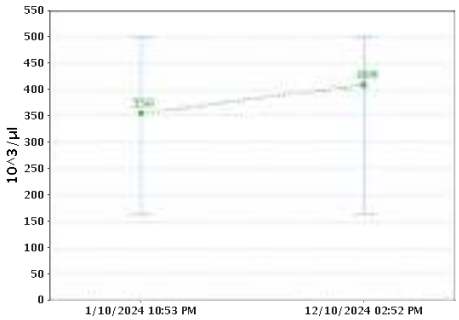

## PDWc
Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación



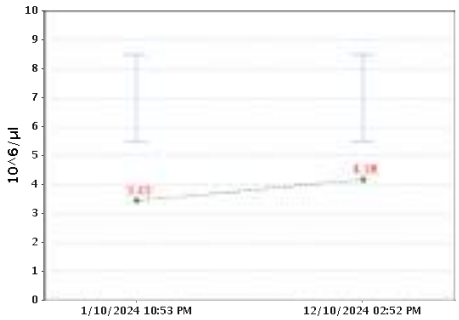

## PDWs
Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar




## PLT
Plaquetas



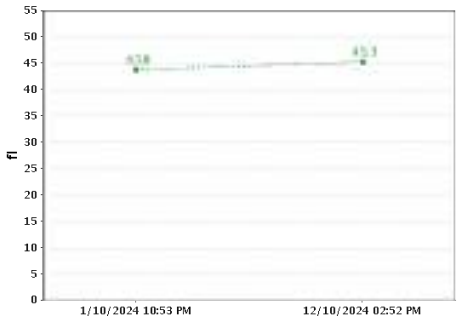

## ERI
Eritrocitos/Glóbulos rojos



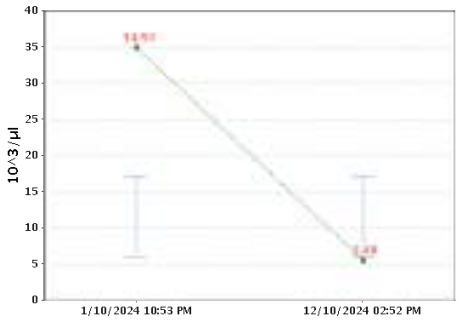

## RDWc
Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación




## RDWs
Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar




## LEU
Leucocitos/Glóbulos blancos



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

zoetis

**POSILLO**

ID del paciente: 2963

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 12/08/2015
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

# Comprehensive Diagnostic

Fecha: 12/10/2024 03:09 PM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 4173AC4

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| ALB<br>Albúmina | 2.0 *<br>g/dL | BAJO | 2.5 – 4.4 | |
| ALP<br>Fosfatasa alcalina | 25<br>U/L | | 20.0 – 150.0 | |
| ALT<br>Alanina aminotransferasa | 55<br>U/L | | 10.0 – 118.0 | |
| AMY<br>Amilasa | 645<br>U/L | | 200.0 – 1200.0 | |
| TBIL<br>Bilirrubina total | 0.3<br>mg/dL | | 0.1 – 0.6 | |
| BUN<br>Nitrógeno ureico en sangre | 19<br>mg/dL | | 7.0 – 25.0 | |
| CA<br>Calcio | 9.7<br>mg/dL | | 8.6 – 11.8 | |
| PHOS<br>Fósforo | 5.8<br>mg/dL | | 2.9 – 6.6 | |
| CRE<br>Creatinina | 0.7<br>mg/dL | | 0.3 – 1.4 | |
| GLU<br>Glucosa | 81<br>mg/dL | | 60.0 – 110.0 | |
| NA+<br>Sodio | 141<br>mmol/L | | 138.0 – 160.0 | |
| K+<br>Potasio | 6.2 *<br>mmol/L | | | ALTO 3.7 – 5.8 |
| TP<br>Proteinas totales | 7.7<br>g/dL | | 5.4 – 8.2 | |
| GLOB<br>Globulina | 5.7 *<br>g/dL | | | ALTO 2.3 – 5.2 |

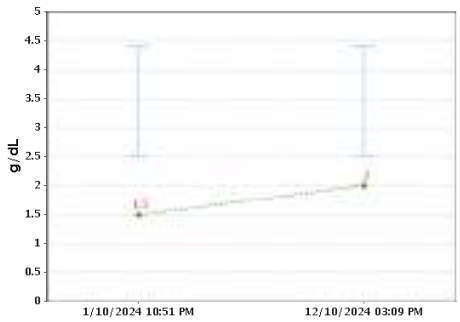
Hemólisis
0

Lipemia
1+

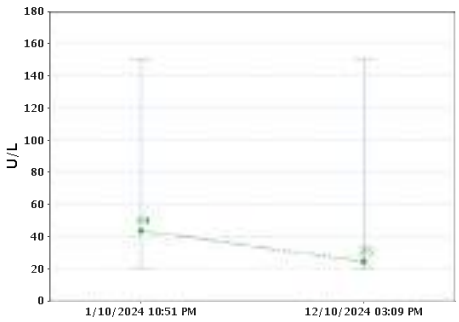
Ictericia
0

# Tendencias

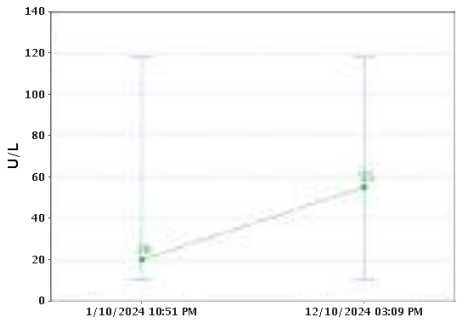
## ALB
Albúmina



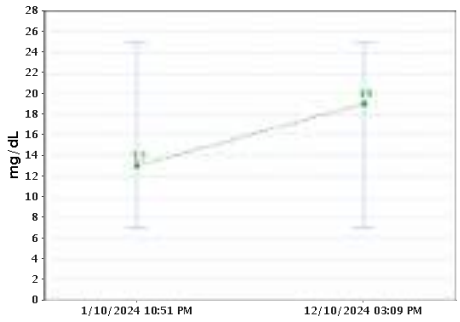

## ALP
Fosfatasa alcalina



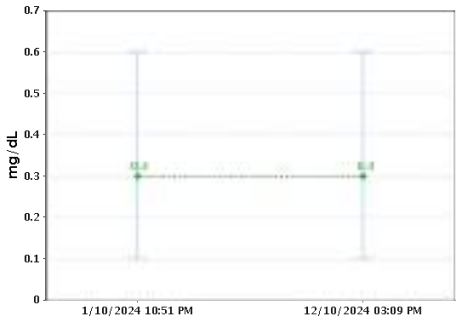

## ALT
Alanina aminotransferasa




## BUN
Nitrógeno ureico en sangre




## TBIL
Bilirrubina total



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

zoetis

**POSILLO**

ID del paciente: 2963

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 12/08/2015
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

# Comprehensive Diagnostic

Fecha: 12/10/2024 03:09 PM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 4173AC4

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| ALB<br>Albúmina | 2.0 *<br>g/dL | BAJO | 2.5 – 4.4 | |
| ALP<br>Fosfatasa alcalina | 25<br>U/L | | 20.0 – 150.0 | |
| ALT<br>Alanina aminotransferasa | 55<br>U/L | | 10.0 – 118.0 | |
| AMY<br>Amilasa | 645<br>U/L | | 200.0 – 1200.0 | |
| TBIL<br>Bilirrubina total | 0.3<br>mg/dL | | 0.1 – 0.6 | |
| BUN<br>Nitrógeno ureico en sangre | 19<br>mg/dL | | 7.0 – 25.0 | |
| CA<br>Calcio | 9.7<br>mg/dL | | 8.6 – 11.8 | |
| PHOS<br>Fósforo | 5.8<br>mg/dL | | 2.9 – 6.6 | |
| CRE<br>Creatinina | 0.7<br>mg/dL | | 0.3 – 1.4 | |
| GLU<br>Glucosa | 81<br>mg/dL | | 60.0 – 110.0 | |
| NA+<br>Sodio | 141<br>mmol/L | | 138.0 – 160.0 | |
| K+<br>Potasio | 6.2 *<br>mmol/L | | | ALTO 3.7 – 5.8 |
| TP<br>Proteinas totales | 7.7<br>g/dL | | 5.4 – 8.2 | |
| GLOB<br>Globulina | 5.7 *<br>g/dL | | | ALTO 2.3 – 5.2 |

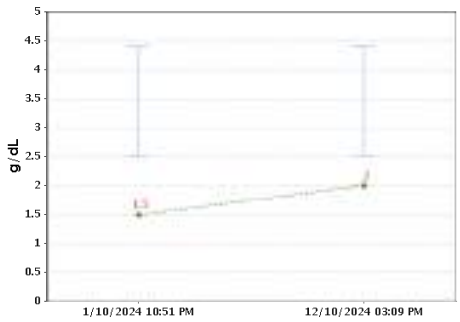
Hemólisis
0

Lipemia
1+

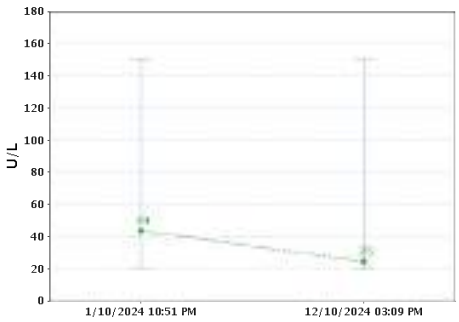
Ictericia
0

# Tendencias

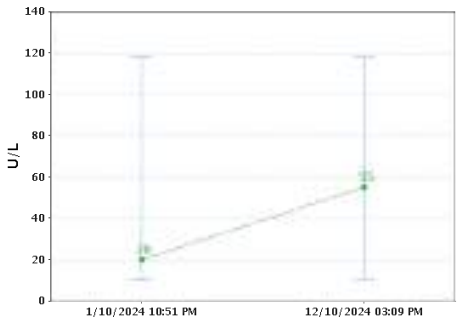
## ALB
Albúmina



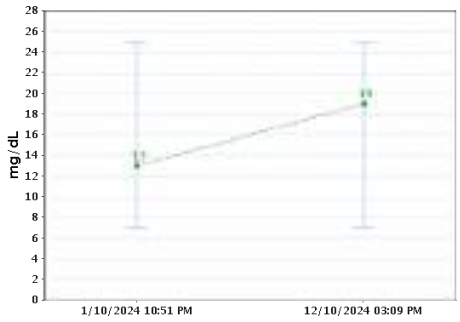

## ALP
Fosfatasa alcalina



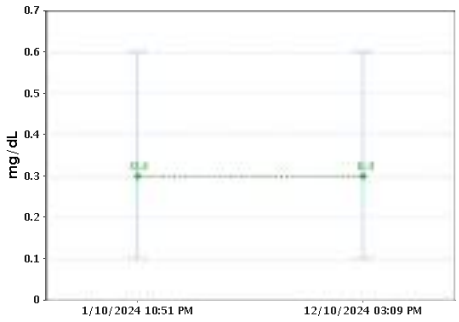

## ALT
Alanina aminotransferasa




## BUN
Nitrógeno ureico en sangre




## TBIL
Bilirrubina total














UKUMARI^POCILLO|000Y|O
32-4113^PU900811423
2024-10-15|09:21:18
Canino, Mestiz, 20,00kg|U_Columna Lumbar_VD
BIOGENEC
Cuattro, LLC
ACC:7507107-000924
Srs:2
Img:1
21 cm
kV:90.000000
mAs:5
Zoom : 17.74%
WL : 32765
WW : 65528


UKUMARI^POCILLO|000Y|O
32-4113^PU900811423
2024-10-15|09:21:18
Canino, Mestiz, 20,00kg|U_Columna Lumbar_LAT
BIOGENEC
Cuattro, LLC

Alcaldía de PEREIRA

Hospital Público VETERINARIO

Fecha: 21/10/2024

Remitido por:

Especie / Raza: Canino mestizo

Nombre: polo

Diagnóstico presuntivo: obstrucción intestinal

Quién traslada nombre / Cédula:

Paciente inapetente, con dolor abdominal con repetidos episodios de emesis, se realizó ecografia abdominal donde se sospecha obstruccion intestinal por cuerpo extraño se remite paciente para estabilización. y procedimientos posterior

se autoriza radiografia abdominal latero latera l y ventrodorsal, ecografia, examenes de sangre y cirugia si es necesario

Carrera 13 # 9-67
clinica vision de las americas

Firma de Profesional Veterinario

Nombres y Apellidos
MP: 27655

Firma del encargado

Nombres y Apellidos
CC: _____

Powered by CamScanner

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *16/11/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 169- POLO
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 21/10/2024
Última Visita: 23/10/2024

Paciente: POLO
Especie: CANINO
Raza: MESTIZO
Sexo: MACHO CASTRADO
Pelaje: NEGRO
Microchip:
Fecha de Nac.: 22/10/2021
Fecha de Alta: 21/10/2024
Última Visita: 23/10/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 21/10/2024 07:39:50 PM -- Atendido Por: AUXILIAR VETERINARIO ESTEFANIA ZAMBRANO
paciente ingresa remitida del hpv para consulta por urgencias traida por la señora DANIELA GIRARDO GRAJALES CC:1088327306 DE PEREIRA recidente del barrio parque industrial mz16 cs5 sector E cel:3145804224 la cual manifiesta que el paciente que fue atendida en el hpv y sospechan de una obstruccion intestinal, presenta sintomas desde el dia sabado.
peso:13.2kg.

*** Fecha: 21/10/2024 08:49:21 PM HEMOGRAMA
*** Fecha: 21/10/2024 08:49:37 PM ROTOR DIAGNOSTICO COMPLETO

****** Fecha: 21/10/2024 10:55:48 PM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente decaído se realiza estudio radiográfico de abdomen en el cual aparentemente no hay cuerpo extraño. El paciente traia un pañal en el que se aprecian heces muy oscuras. Se decide realziar test de PARVO - CORINA el cual es positivo para PARVOVIRUS.

Se escribe a la propietaria comentando que es un paciente que no puede quedarse en hospitalziación y que se sospecha que los signos que tiene pueden ser secundarios al parvovirus más que a un proceso obstructivo

SE SOLICITA A LA PROPIETARIA PASAR LO ANTES POSIBLE POR EL YA QUE TENEMOS CACHORROS HOSPITALIZADOS Y ESO SERÍA UN RIESGO DE ENFERMEDAD PARA ELLOS

EL PACIENTE SE HABÍA MEDICADO PREVIAMENTE CON
-COLIVET: 28MG/KG IV
-CERENIA: 1 MG/KG SC
-OMEPRAZOL: 0.8MG/KG IV

SE ADICIONA
-AMPICILINA + SULBACTAM: 20MG/KG IV
-METRONIDAZOL: 20 MG/KG IV

*** Fecha: 21/10/2024 11:08:20 PM FÓRMULA MÉDICA

****** Fecha: 21/10/2024 11:33:40 PM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
PACIENTE DADO DE ALTA, SE ENTREGA CON VÍA Y SE EXPLICA QUE DEBE IR AL HOSPITAL PUBLICO PARA CONTINUAR CON MEDICACIÓN INTRAVENOSA

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 21/10/2024  TITULO: HEMOGRAMA
VER ARCHIVOS ADJUNTOS

FECHA: 21/10/2024  TITULO: ROTOR DIAGNOSTICO COMPLETO
VER ARCHIVOS ADJUNTOS

FECHA: 21/10/2024  TITULO: FÓRMULA MÉDICA
PACIENTE POSITVO A PARVOVIRUS. SE RECOMIENDA MANEJO INTRAHOSPITALARIO

I. METRONIDAZOL INY 5mg/ml---------- #
Aplicar vía intravenosa 55 ml cada 12 hrs durante 8 días

II. AMPICILINA + SULBACTAM 300mg/ml---------- #
Aplicar vía intravenosa 1ml cada 12 horas durante 8 días

III. CERENIA INY 10mg/ml---------- #
Aplicar vía subctanea 1.6 ml cada 24 horas según evolución

IV. DIPIRONA INY500mg/ml ---------- #
Aplicar vía intravenosa 1 ml cada 12 hrs durante 5 días o según evolución

V. OMEPRAZOL INY 4mg/ml---------- #
Aplicar vía intravenosa 2.6ml cada 24 horas durante 5 días o según evolución

DANIELA RESTREPO MORALES
MP: 28558

# CTA. CTE.

*16/11/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 169- POLO

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 21/10/2024 | CONSULTA UAM DIURNA - Unit. $37000 - DANIELA RESTREPO | 0.00 | 0 | 0 | 0 |
| 21/10/2024 | *ROTOR DIAGNOSTICO COMPLETO (ALB,ALP,ALT,AMY,BUN,CA,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+,PHOS,TB - Unit. $95000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 95000 | 0 | 95000 |
| 21/10/2024 | HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 23400 | 0 | 118400 |
| 21/10/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 24300 | 0 | 142700 |
| 21/10/2024 | *19 TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $550 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 550 | 0 | 143250 |
| 21/10/2024 | *SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 4900 | 0 | 148150 |
| 21/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 3.00 | 1500 | 0 | 149650 |
| 21/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 18700 | 0 | 168350 |
| 21/10/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3600 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 7200 | 0 | 175550 |
| 21/10/2024 | *BURETA 150 ML X UND - Unit. $4600 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 4600 | 0 | 180150 |
| 21/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 10000 | 0 | 190150 |
| 21/10/2024 | *CERENIA SUSP INY DE 0 A 0,5 ML - Unit. $13000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 13000 | 0 | 203150 |
| 21/10/2024 | *OMEPRAZOL AMP X 40 MG/ML - Unit. $13000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 13000 | 0 | 216150 |
| 21/10/2024 | *TEST PARVO / PARVO-CORONA - Unit. $54000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 54000 | 0 | 270150 |
| 21/10/2024 | *AMPICILINA + SULBACTAM VIAL 1,5 G - Unit. $7600 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 7600 | 0 | 277750 |
| 21/10/2024 | *METRONIDAZOL VIAL X 100 ML - Unit. $16000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 16000 | 0 | 293750 |
| 21/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 500 | 0 | 294250 |
| 21/10/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE (3 PLACAS) - Unit. $79500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 79500 | 0 | 373750 |
| 21/10/2024 | TOMA DE MUESTRA - Unit. $5000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5000 | 0 | 378750 |

Moneda: $

**SALDO:** 378750

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

Fecha: 21/10/2024 | Remitido por:

Especie / Raza: Canino mestizo | Nombre: Polo

Diagnóstico presuntivo: obstrucción intestinal

Quién traslada nombre / Cédula:

Paciente inapetente, con dolor abdominal con repetidos episodios de emesis, se realizó ecografia abdominal donde se sospecha obstruccion intestinal por cuerpo extraño se remite paciente para estabilización y procedimientos posterior

se autoriza radiografia abdominal lateralateral y ventrodorsal, ecografia, examenes de sangre y cirugia si es necesario

Carrera 13 # 9-67
Clinica vision de las americas

Firma de Profesional Veterinario

Nombres y Apellidos
MP: 27655

Firma del encargado

Nombres y Apellidos
CC:

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

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES REMITIDOS DEL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO

Yo Daniela Giraldo Grajales identificado con cédula de ciudadanía número 1088327306 de Pereira en calidad de responsable de Polo, especie Canino, raza Mestizo, sexo M X H ___, de 3 años, con 16.2kg Kg de peso e historia clínica número 3060. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del paciente, por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar su estado de salud.

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

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

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

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

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

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

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución. He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

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

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

En contraparte yo Daniela Restrepo Morales con tarjeta profesional número 3060 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

**Nota: Quien firma como acudiente acepta ser el responsable por el paciente; En caso que el paciente no tenga acudiente el hospital público veterinario de la ciudad de Pereira será el único responsable y tomador de decisiones autorizado y será el encargado de ubicar un hogar o definir el destino final del paciente una vez completada su recuperación.**

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

Daniela Giraldo G.
**Tutor/Acudiente**
CC: 1088327306
Tel: 3145804224

**Médico Veterinario Visión de las Américas**
MP: 28555

En caso de pacientes sin acudiente por favor diligenciar la siguiente información:

| Lugar de procedencia o hallazgo | Descripción de los hechos | |
|---|---|---|
| *Especificar sector/barrio/vereda | | |
| **Datos de quien entrega** | | |
| **Nombre completo** | **Cedula** | **Teléfono** |
| | | |
| **Dirección:** | | |

**Autoriza el ingreso Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

**CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO**

Fecha de ingreso: 21 oct 2024
Paciente: Polo # HC: 3060
Diagnostico presuntivo: Obst. Intestinal

Sexo: M ✓ H
Especie: Canino
Edad: 3 AÑOS

Peso: 16.2 Kg Cta $ 3
Médico tratante: DRM
Obs.

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 oct | Dipirona | 12h | IV | 25mg/kg | 1 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | |
| | Cefalexina | 24h | SC | 1mg/kg | 1.5ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | ⊗ | | |
| | Omeprazol | 24h | IV | 0.5mg/kg | 2.6 ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 oct | Dipirona | 12h | IV | 25mg/kg | 1ml | | | | | | | | ○ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | |
| | Cefalexina | 24h | SC | 1mg/kg | 1.5ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | ○ | | |
| | Omeprazol | 24h | IV | 0.8mg/kg | 2.6ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:**

Programado O
Aplicado X

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

**Exámen físico diario paciente hospitalizado**

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

Ingresa: _____ Obs: _____

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

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

| PACIENTE: Pab | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | # HC 3060 | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 21 oct | | | | ARTICULO | 21 oct | | | | ARTICULO | 21 oct | | | |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | | LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | | TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | | LATA E/N CANINO 377 G | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | | LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BURETA 150 ML X UND | 1 | | | | LATA HA CANINE X 377 GR | | | | | VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | | LLAVE DE TRES VIAS | | | | | VENDA TELA O GASA 4XS UND | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | | MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | | VENOCLISIS MACROGOTEO | 1 | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | | | | | MILPRO CACHORRO TAB | | | | | VENOCLISIS MICROGOTEO | | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | 2 | | | | OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | | VLIWASORB APOSITO | | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | | | | | OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | | VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | | SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | | CITOLOGIA | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | 1 | | | | SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | | ECOGRAFIA ABDOMINAL | | | | |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | | SOLUCION CLORURO X 100ML | | | | | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | 1 | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCION CLORURO X 500ML | | | | | HEMOGRAMA UAM | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | 1 | | | | HIDRATACION | 1 | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | | SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | | HISTOPATOLOGIA | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | | | | | SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | | HOSPITALIZACION | 1 | | | |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | NEBULIZACION | | | | |
| FCO GOTERO X ___ ML | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | | SONDA URINARIA FELINO | | | | | SERVICIOS Y OTROS | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | | | SUPRASOB A COMPRESA | | | | | Rotar Completo | 1 | | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | | | | | SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | | | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | | SUT. POLIDIOXANONA # | | | | | | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | | SUT. POLIGALACTINA # | | | | | | | | | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | | SUTURA N/A # | | | | | | | | | |
| JERINGA 1 ML | | | | | TAPON HEPARINIZADO | 1 | | | | | | | | |
| JERINGA 10 ML | | | | | TEST DE FLUORESCEINA | | | | | | | | | |
| JERINGA 20 ML | | | | | TEST DE LEUCEMIA | | | | | | | | | |
| JERINGA 2-3 ML | 2+1 | | | | TEST DE MOQUILLO | | | | | | | | | |
| JERINGA 5 ML | | | | | TEST DE PARVOVIRUS | | | | | | | | | |
| JERINGA 50 ML | | | | | TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | | | | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | | TGFOVENDA TUBULAR ELAS mt | | | | | | | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | | TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | | | | | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

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

## REGISTRO PARA ENTREGA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS REMITIDOS POR EL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO DEL MUNICIPIO DE PEREIRA

Yo, Daniela Giraldo Orozco, identificado con cedula de ciudadanía número 1088327306 de Pereira entiendo que Polo identificad@ con historia clínica número 3065, ha terminado su proceso de hospitalización y tiene alta médica, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa. Además, a partir de este momento me hago responsable económicamente de su manutención y de sus gastos médicos, que pueden incluir a futuro radiografías, ecografías, exámenes de sangre y/o procedimientos adicionales a los que ya se le han practicado.

Certifico que el/la paciente recibió la atención primaria que requería, fue sometida a procedimientos quirúrgicos y servicios hospitalarios por valor de $ 378780, y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de estos servicios.

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

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

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

Daniela Giraldo O
**Tutor/acudiente:**
Institución:
CC: 1088327306

**Médico Veterinario:**
Visión de las Américas
M.P: 28550

**Funcionario Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 21 de oct de 2024
Nota: Quien firma el documento acepta ser el responsable del/la paciente.

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

POLO

ID del paciente: 3060

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 6/05/2021
Dueño: UKUMARY, CONVENIO

Sexo: Macho castrado
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

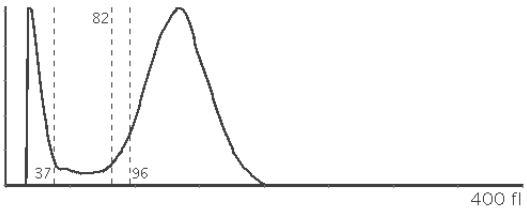
# Hematología

Fecha: 21/10/2024 08:43 PM  N° de serie del analizador: 360017749

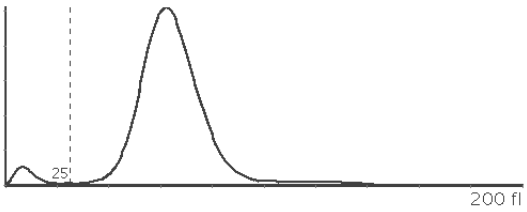
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **LEU** Leucocitos/Glóbulos blancos | 13.56 10^3/µl | | 6.0 | 17.0 |
| **LIN** Linfocito | 0.86 10^3/µl | BAJO | 1.0 | 4.8 |
| **MON** Monocito | 0.61 10^3/µl | | 0.2 | 1.5 |
| **NEU** Neutrófilo | 11.93 10^3/µl | | 3.0 | 12.0 |
| **EOS** Eosinófilo | 0.12 10^3/µl | | 0.0 | 0.8 |
| **BAS** Basófilo | 0.03 10^3/µl | | 0.0 | 0.4 |
| **LIN%** Linfocito (%) | 6.4 % | | | |
| **MON%** Monocito (%) | 4.5 % | | | |
| **NEU%** Neutrófilo (%) | 88.0 % | | | |
| **EOS%** Eosinófilo (%) | 0.9 % | | | |
| **BAS%** Basófilo (%) | 0.2 % | | | |
| **ERI** Eritrocitos/Glóbulos rojos | 7.16 10^6/µl | | 5.5 | 8.5 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **Hb** Hemoglobina | 17.1 g/dl | | 12.0 | 18.0 |
| **Hto** Hematocrito | 47.14 % | | 37.0 | 55.0 |
| **VCM** Volumen corpuscular medio | 66 fl | | 60.0 | 77.0 |
| **HCM** Hemoglobina corpuscular media | 23.9 pg | | 19.5 | 24.5 |
| **CHCM** Concentración de HCM | 36.3 g/dl | | 31.0 | 39.0 |
| **RDWc** Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 16.9 % | | 14.0 | 20.0 |
| **RDWs** Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 37.5 fl | | | |
| **PLT** Plaquetas | 221 10^3/µl | | 165.0 | 500.0 |
| **VPM** Volumen plaquetario medio | 8.4 fl | | 3.9 | 11.1 |
| **PCT** Plaquetocrito | 0.19 % | | | |
| **PDWc** Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 33.8 % | | | |
| **PDWs** Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 11.5 fl | | | |

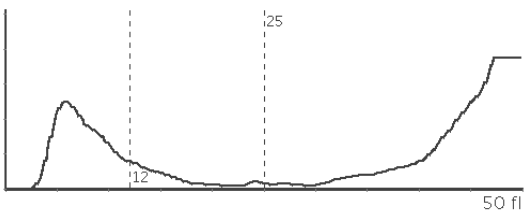
## Histograma: LEU



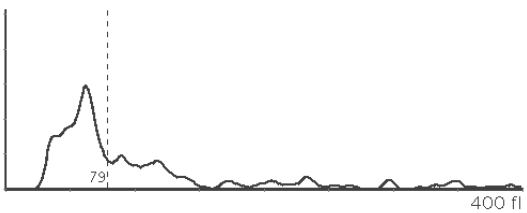

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT




## Histograma: EOS



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

POLO

ID del paciente: 3060

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 6/05/2021
Dueño: UKUMARY, CONVENIO

Sexo: Macho castrado
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

# Comprehensive Diagnostic

Fecha: 21/10/2024 08:52 PM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 4173AC4

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| ALB<br>Albúmina | 2.3 *<br>g/dL | BAJO | 2.5 – 4.4 | |
| ALP<br>Fosfatasa alcalina | 104<br>U/L | | 20.0 – 150.0 | |
| ALT<br>Alanina aminotransferasa | 44<br>U/L | | 10.0 – 118.0 | |
| AMY<br>Amilasa | 591<br>U/L | | 200.0 – 1200.0 | |
| TBIL<br>Bilirrubina total | 0.4<br>mg/dL | | 0.1 – 0.6 | |
| BUN<br>Nitrógeno ureico en sangre | 15<br>mg/dL | | 7.0 – 25.0 | |
| CA<br>Calcio | 9.7<br>mg/dL | | 8.6 – 11.8 | |
| PHOS<br>Fósforo | 3.7<br>mg/dL | | 2.9 – 6.6 | |
| CRE<br>Creatinina | 0.6<br>mg/dL | | 0.3 – 1.4 | |
| GLU<br>Glucosa | 131 *<br>mg/dL | | 60.0 – 110.0 | ALTO |
| NA+<br>Sodio | 131 *<br>mmol/L | BAJO | 138.0 – 160.0 | |
| K+<br>Potasio | 4.4<br>mmol/L | | 3.7 – 5.8 | |
| TP<br>Proteinas totales | 6.5<br>g/dL | | 5.4 – 8.2 | |
| GLOB<br>Globulina | 4.2<br>g/dL | | 2.3 – 5.2 | |

Hemólisis
0

Lipemia
0

Ictericia
0




L


Img: 1
Anatomy: Abdomen
View: LAT
Lat: U
kP: 65Tbl
I: X2Y88
Ver: Rec
UROMAR PCSD 3000
Cardio Avanto
Acq Dt: 27/10/2014
Acq Tm: 2M:66

Dolo 21 oct

Parvo

Corona

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *18/11/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 184-RENGAR
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 26/10/2024
Última Visita: 18/11/2024

Paciente: RENGAR
Especie: FELINO
Raza: MESTIZO
Sexo: MACHO CASTRADO
Pelaje: PARDO
Microchip:
Fecha de Nac.: 28/10/2019
Fecha de Alta: 26/10/2024
Última Visita: 29/10/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 26/10/2024 06:54:05 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente ingresa por convenio por presentar caída del 2do piso, paciente ingresa con mucosas cianóticas, distrés respiratorio, respiración abdominal, se administra oxigenoterapia, se cateteriza y se administra Butorfanol 0.1 mg/kg IVL, se realiza Toracocentesis (Lado izquierdo se drena 30 ml de aire), se realiza hemograma (Leucocitosis), se adiciona a la terapéutica Dipirona 15 mg/kg IV + Meloxicam 0.2 mg/Kg SC. Luego de esto mucosas cambias a rosadas y frecuencia respiratoria mejora, aunque persiste Taquipnea. Queda pendiente realizar Test de sida y leucemia y radiografías de tórax para descartar hernia diafragmática.

*** Fecha: 26/10/2024 07:11:07 PM HEMOGRAMA

****** Fecha: 27/10/2024 06:20:47 AM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO NOCHE: Paciente se recibe hipodinámico, con taquipnea, pero con el pasar de las horas su respiración se empieza a disminuir a valores normales. Paciente se torna receptivo a las caricias. Se le practica Test VIF/Leucemia el cual arroja resultado "positivo" para Leucemia. PAS 137, PAD 91, FC 136, FR 20, T° 38.6. SpO2 no es posible medirla ya que la maquina no la detecta. Está pendiente realizar estudio radiográfico de tórax para descartar hernia diafragmática.

*** Fecha: 27/10/2024 09:21:36 AM TEST SIDA/LEUCEMIA

****** Fecha: 27/10/2024 05:09:38 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente estable, no presenta vómitos ni diarrea, en horas de la mañana se realiza sedación (Dexmetomidina 2mcg/kg IV + Propofol 2 mg/kg IV) se realiza radiografía de tórax (Neumotórax y atelectasia de lóbulo pulmonar) y radiografía de cadera (Fractura de espina iliaca) (Me parece que solo de lado derecho), se procede a realizar toracocentesis (Se retira 100 cm de aire de lado derecho) se realiza vacío de vejiga manual (Orina sin cambios), luego de esto patrón respiratorio mejora y paciente se torna tranquilo y receptivo a las caricias. Se continua con la medicación establecida, constantes FC 204 FR 48 T 37.0. paciente con inestabilidad de miembros posteriores por lo que se le dificulta posicionarse en la caja de arena. Se oferta alimento el cual come poca cantidad, no bebe agua. Esta pendiente realizar radiografías de control para evaluar neumotórax y enviar radiografías a especialista para saber cuales son las recomendaciones.

****** Fecha: 28/10/2024 06:49:29 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente estable, dolor controlado, es muy nervioso, se pone catnip y más receptivo a las caricias, no presenta distrés respiratorio, se continua con la medicación establecida, queda pendiente tomar radiografía de tórax de control y determinar si se realiza toracocentesis nuevamente, come pollo, en la mañana se palapa vejiga pletórica, pero por más que se hace presión no orina evaluar esta parte, no defeca, come pollo en la noche, no presenta vómitos. Constantes FC180 FR 48 TEM 38.5.
****** Fecha: 29/10/2024 06:26:38 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
Paciente estable, nervioso y estresado, se mantiene en un solo punto y saliva al observar al personal, no presenta vómitos ni

diarrea, orina mas no defeca, se continua con la medicación establecida. constantes FC 220 FR 24 T 37.0. Debido a evolución y estado se recomienda alta medica con manejo en casa.
*** Fecha: 29/10/2024 01:51:32 PM FORMULA MEDICA

****** Fecha: 29/10/2024 04:05:57 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ALTA MEDICA: Paciente clínicamente estable, de buen comer y tomando agua a voluntad, dolor controlado, no hay evidencia de signos respiratorios. Se da alta médica para continuar tratamiento con Meloxicam por 3 días más a dosis de 0.05 mg/kg. Se recomienda control en 5 días.

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 29/10/2024 TITULO: FORMULA MEDICA
I) MELOXIPET GOTAS ---------- # 1
Suministrar via oral 1 gota cada 24 horas por 3 dias.

***RECOMENDACION***

1) Control en 5 dias.

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

_____
CARLOS OSPINA - MP 31610

FECHA: 27/10/2024 TITULO: TEST SIDA/LEUCEMIA
VER ARCHIVO ADJUNTO

FECHA: 26/10/2024 TITULO: HEMOGRAMA
ver archivos adjuntos

# CTA. CTE.

*18/11/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 184-RENGAR

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 26/10/2024 | *BUTORMIN INY X ML - Unit. $55000 - CARLOS OSPINA | 0.30 | 16500 | 0 | 16500 |
| 26/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - CARLOS OSPINA | 2.00 | 10000 | 0 | 26500 |
| 26/10/2024 | *MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 5200 | 0 | 31700 |
| 26/10/2024 | HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 35000 | 0 | 66700 |
| 26/10/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 24300 | 0 | 91000 |
| 26/10/2024 | *19 TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $550 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 550 | 0 | 91550 |
| 26/10/2024 | OXIGENOTERAPIA CONDENSADOR X HORA - Unit. $3400 - CARLOS OSPINA | 12.00 | 40800 | 0 | 132350 |
| 26/10/2024 | *19 LLAVE DE TRES VIAS - Unit. $2800 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 2800 | 0 | 135150 |
| 26/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 500 | 0 | 135650 |
| 26/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 500 | 0 | 136150 |
| 26/10/2024 | *FORMULA DE CONTROL ESPECIAL - Unit. $15000 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 15000 | 0 | 151150 |
| 26/10/2024 | *EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD - Unit. $1300 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 1300 | 0 | 152450 |
| 26/10/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 24 AMARILLO - Unit. $3600 - CARLOS OSPINA | 3.00 | 10800 | 0 | 163250 |
| 26/10/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3600 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 3600 | 0 | 166850 |
| 26/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 18700 | 0 | 185550 |
| 26/10/2024 | CONSULTA UAM DIURNA - Unit. $0 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 0 | 0 | 185550 |
| 26/10/2024 | ABDOMINOCENTESIS/TORACOCENTESIS - Unit. $60000 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 60000 | 0 | 245550 |
| 26/10/2024 | ANALGESIA MULTIMODAL - Unit. $16200 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 16200 | 0 | 261750 |
| 27/10/2024 | HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 35000 | 0 | 296750 |
| 27/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 18700 | 0 | 315450 |
| 27/10/2024 | *TEST LEUCEMIA FELV-FIV UND - Unit. $49000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 49000 | 0 | 364450 |
| 27/10/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE (3 PLACAS) - Unit. $79500 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 159000 | 0 | 523450 |
| 27/10/2024 | *19 LLAVE DE TRES VIAS - Unit. $2800 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 2800 | 0 | 526250 |
| 27/10/2024 | *EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD - Unit. $1300 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 1300 | 0 | 527550 |
| 27/10/2024 | SEDACION PROCEDIMIENTO - Unit. $40000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 40000 | 0 | 567550 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 27/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN | 4.00 | 2000 | 0 | 569550 |
| 27/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN | 4.00 | 2000 | 0 | 571550 |
| 27/10/2024 | *DEXMEDETOMIDINA INY X ML - Unit. $9400 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 9400 | 0 | 580950 |
| 27/10/2024 | *PROPOFOL INY 1% DOSIS X ML - Unit. $7800 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 7800 | 0 | 588750 |
| 27/10/2024 | *BUTORMIN INY X ML - Unit. $55000 - SANTIAGO PULGARIN | 0.20 | 11000 | 0 | 599750 |
| 27/10/2024 | *MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 5200 | 0 | 604950 |
| 28/10/2024 | *BUTORMIN INY X ML - Unit. $55000 - MARIA DANIELA | 0.20 | 11000 | 0 | 615950 |
| 28/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - MARIA DANIELA | 2.00 | 10000 | 0 | 625950 |
| 28/10/2024 | *MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - MARIA DANIELA | 1.00 | 5200 | 0 | 631150 |
| 28/10/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 24 AMARILLO - Unit. $3600 - MARIA DANIELA | 1.00 | 3600 | 0 | 634750 |
| 28/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - MARIA DANIELA | 1.00 | 18700 | 0 | 653450 |
| 28/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - MARIA DANIELA | 2.00 | 1000 | 0 | 654450 |
| 28/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - MARIA DANIELA | 2.00 | 1000 | 0 | 655450 |
| 28/10/2024 | *19 TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $550 - MARIA DANIELA | 1.00 | 550 | 0 | 656000 |
| 28/10/2024 | HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 35000 | 0 | 691000 |
| 28/10/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE VISTA ADICIONAL/CONTROL (1) - Unit. $22000 - MARIA DANIELA | 2.00 | 44000 | 0 | 735000 |
| 28/10/2024 | *XILASYNA 2% INY DOSIS X ML - Unit. $5500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 5500 | 0 | 740500 |
| 29/10/2024 | *BUTORMIN INY X ML - Unit. $55000 - CARLOS OSPINA | 0.20 | 11000 | 0 | 751500 |
| 29/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - CARLOS OSPINA | 2.00 | 10000 | 0 | 761500 |

Moneda: $

**SALDO:** 761500

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

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES REMITIDOS DEL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO

Yo Omar Samuel correa. identificado con cédula de ciudadanía número 1088317240 de Pereira. en calidad de responsable de Rengar, especie Felino, raza MIX., sexo M X H___, de 5 años, con 9 Kg de peso e historia clínica número 3090. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del paciente, por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar su estado de salud.

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

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

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

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

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

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

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución. He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

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

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

En contraparte yo Angelica V. con tarjeta profesional número 13316 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

**Nota: Quien firma como acudiente acepta ser el responsable por el paciente; En caso que el paciente no tenga acudiente el hospital público veterinario de la ciudad de Pereira será el único responsable y tomador de decisiones autorizado y será el encargado de ubicar un hogar o definir el destino final del paciente una vez completada su recuperación.**

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 26 de octubre del 2024.

**Tutor/Acudiente**
CC: 1088317240
Tel: 3194221455

Angelica Velez
**Médico Veterinario Visión de las Américas**
MP: 13316

En caso de pacientes sin acudiente por favor diligenciar la siguiente información:

| **Lugar de procedencia o hallazgo** | **Descripción de los hechos** | |
|---|---|---|
| *Especificar sector/barrio/vereda | | |
| **Datos de quien entrega** | | |
| **Nombre completo** | **Cedula** | **Teléfono** |
| | | |
| **Dirección:** | | |

**Autoriza el ingreso Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de ingreso: 26-10-2024
Paciente: Rengar # HC: 3090
Diagnostico presuntivo: Trauma, neumotorax

Sexo: M X H
Especie: Felino
Edad: 5 años

Peso: 4 Kg Cta $ #3
Médico tratante: MDS
Obs.

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 26/10 | Butorfanol | IVI | c/6h | 0.1mg | 0.04ml | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | ⊗ | | |
| | Cefivet | 9/12 | IV | 15mg | 0.12ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | meloxicam 2% | c/24 | SC | 0.1mg | 0.02ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27/10 | BUTORFANOL | IV | QID | 0,1 | 0,06 | | | | ⊗ | | | | | | ⊗ | | | | | | ⊗ | | | | | | ⊗ | |
| | CEFIVET | BID | IV | 15 | 0,12 | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | MELOXICAM 2% | SID | SC | 0,1 | 0,02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28/10 | Butorfanol | TID | IV | 0.1mg | 0,06ml | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | |
| | Cefivet | BID | IV | 15mg | 0,12ml | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Meloxicam 2% | SID | SC | 0,1mg | 0,02ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29/10 | Butorfanol | TID | IV | 0.1mg | 0.06ml | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ○ | |
| | Cefivet | BID | IVI | 15mg | 0.12ml | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Meloxicam 2% | SID | SC | 0.1mg | 0.02ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# Clínica Veterinaria Visión de l[illegible] Américas

## Exámen físico diario paciente hospitalizado

Paciente: Rengar Numero de HC: 3090 Peso de ingreso: 4.4 Kg

Ingresa: 26/10/24 Obs:

| FECHA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA | 27/10 | 29/10 | 31/10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| PARAMETRO | 3:00PM | 5:00AM | 6:00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| T° | 37C | 35 | 37C | | | | | | | | | | | | | | | |
| FC | 204 | 180 | 220 | | | | | | | | | | | | | | | |
| FR | 48 | 48 | 24 | | | | | | | | | | | | | | | |
| PULSO | F | FC. | F | | | | | | | | | | | | | | | |
| MUCOSAS | R | R | — | | | | | | | | | | | | | | | |
| TLLC | — | 1" | — | | | | | | | | | | | | | | | |
| COME | | Si (Poco) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BEBE | | Poco | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VOMITO | No | 2 | No | | | | | | | | | | | | | | | |
| HECES | | 2 | No | | | | | | | | | | | | | | | |
| MICCION | | 2 | Si | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESION ARTERIAL MEDIA | 115 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| % DESHIDRATACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *dolor | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *neuro | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REALIZADO POR *iniciales | LDCB | [illegible] | NDB | | | | | | | | | | | | | | | |
| PENDIENTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VCIV Medicy

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

| PACIENTE: Bogerk | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | # HC 3090 | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 26/10 | 27/10 | 28/10 | | ARTICULO | 26/10 | 27/10 | 28/10 | | ARTICULO | 26/10 | 27/10 | 28/10 | |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | | LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | | TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | | LATA E/N CANINO 377 G | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | | LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BURETA 150 ML X UNO | | | | | LATA HA CANINE X 377 GR | | | | | VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | | LLAVE DE TRES VIAS | 1 | 1 | | | VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | | MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | | VENOCLISIS MACROGOTEO | | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | | | | | MILPRO CACHORRO TAB | | | | | VENOCLISIS MICROGOTEO | | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | 1 | | | | OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | | VLIWASORB APOSITO | | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | 3 | | 1 | | OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | 12 | | | | VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | | SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | | CITOLOGIA | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | 1 | 1 | 1 | | SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | | ECOGRAFIA ABDOMINAL | | | | |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | | SOLUCION CLORURO X 100ML | | | | | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | | 2 | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCION CLORURO X 500ML | | | | | HEMOGRAMA UAM | 1 | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | | | | | HIDRATACION | | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | | SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | | HISTOPATOLOGIA | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | 1 | 1 | | | SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | | HOSPITALIZACION | 1 | 1 | 1 | |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | NEBULIZACION | | | | |
| FCO GOTERO X ___ ML | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | | SONDA URINARIA FELINO | | | | | SERVICIOS Y OTROS | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | | | SUPRASOB A COMPRESA | | | | | dexmetomidina | 0.1ml | | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | 1 | | | | SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | | Propofol | 1ml | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | | SUT. POLIDIOXANONA # | | | | | Sedación Rx | | 1 | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | | SUT. POLIGALACTINA # | | | | | PLACA ABDOMINAL RX | | | 2 | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | | SUTURA N/A # | | | | | X-RAYS | | | 02 | |
| JERINGA 1 ML | 1 | 1+1 | 2 | | TAPON HEPARINIZADO | 1 | | 1 | | | | | | |
| JERINGA 10 ML | | | | | TEST DE FLUORESCEINA | | | | | | | | | |
| JERINGA 20 ML | | | | | TEST DE LEUCEMIA | | 1 | | | | | | | |
| JERINGA 2-3 ML | 1 | 1 | 2 | | TEST DE MOQUILLO | | | | | | | | | |
| JERINGA 5 ML | | | | | TEST DE PARVOVIRUS | | | | | | | | | |
| JERINGA 50 ML | | | | | TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | | | | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | | TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt | | | | | | | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | | TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | | | | | | |

# ( )NTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZ( )

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

Institución Universitaria Visión de las Américas

Clínica Veterinaria

## REGISTRO PARA ENTREGA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS REMITIDOS POR EL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO DEL MUNICIPIO DE PEREIRA

Yo, Omar Samuel Correa P., identificado con cedula de ciudadanía número 1088317240 de Pereira entiendo que Ronger identificad@ con historia clínica número _____, ha terminado su proceso de hospitalización y tiene alta médica, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa. Además, a partir de este momento me hago responsable económicamente de su manutención y de sus gastos médicos, que pueden incluir a futuro radiografías, ecografías, exámenes de sangre y/o procedimientos adicionales a los que ya se le han practicado.

Certifico que el/la paciente recibió la atención primaria que requería, fue sometida a procedimientos quirúrgicos y servicios hospitalarios por valor de $ 761500, y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de estos servicios.

Comprendo que en caso de no seguir el plan de terapéutico instaurado y las recomendaciones pos quirúrgicas dadas por los médicos puede haber complicaciones tales como: Osteo Retardado, Proceso infeccioso agudo, Intoxicación por osteo.

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

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

**Tutor/acudiente:**
Institución:
CC: 1088317240

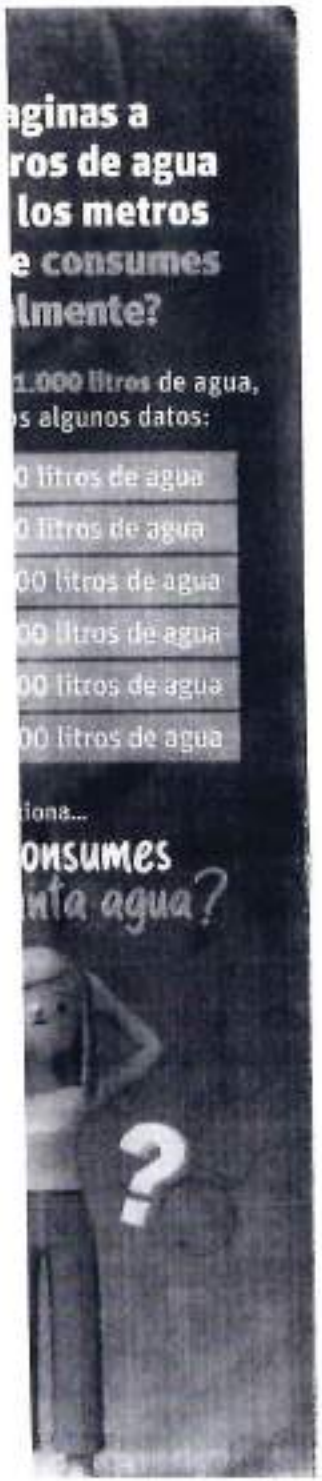
**Médico Veterinario:**
Visión de las Américas
M.P: 3610

MP 27655

**Funcionario Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 29 de 10 de 24
Nota: Quien firma el documento acepta ser el responsable del/la paciente.

Ciencia y amor con Sentido




Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pitalito S.A. ESP
NIT 813.001.917-7
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS
Autorretenedor de renta
Responsable de IVA y autorretenedor de ICA

**Datos del Suscriptor**

CORREA QUITUMBO OMAR-LEON

Dirección: MZ 14 CS 21C VILLA SANTANA LAS BRISAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| CICLO | 7 | ESTRATO | BAJO BAJO |
| RUTA | 5-22250 | Clase de uso | RESIDENCIAL |
| Medidor N° | H22VA046982 | Dirección | 1/2 P |

| | |
|---|---|
| MATRICULA | 106988 |
| Factura de venta N° | 563165 |
| Fecha de la factura | 19-Jun-2 |
| PERIODO DE COBRO | 16-May-2024 al 16 |
| TOTAL A PAGAR: | $32,020 |
| Fecha límite sin recargo: | 28-Jun-2 |
| Me quedo sin el servicio de agua: | |
| Fecha último pago: | 2024-05-31 |
| Lugar último pago: | APOSTAR |
| Valor último pago: | 27,740 |

**Datos del Consumo**

| | |
|---|---|
| LECTURA ACTUAL | 209 |
| LECTURA ANTERIOR | 196 |
| CONSUMO M³ | 13 |

Consumos últimos 6 meses M³



| | |
|---|---|
| OBSERVACIONES | SIN OBSERVACION |
| Promedio semestral M³ | 12 |

**ACUERDOS DE PAGO**

| Detalle | Fecha inicio | Fecha final | Valor cuota | Saldo | N° cuotas | Cuotas pendientes |
|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

Subtotal otros Cobros Asociados: $2,738

**OTROS COBROS NO ASOCIADOS AL SERVICIO (Mora)**

| Detalle | Valor Cuota | Saldo | Cuotas pendientes |
|---|---|---|---|
| MEDIDOR | 5,810 | 98,746.65 | 17.00 |

Subtotal otros Cobros no Asociados: $5,810

**Detalle de Conceptos Facturados**

**ACUEDUCTO**

| Descripción | M³ | Valor Unitario | Total Periodo |
|---|---|---|---|
| Consumo Acueducto | 13 | $2,172.54 | $28,243.02 |
| Cargo Fijo Acueducto | | $9,403.17 | $9,403.17 |
| Subsidio Acueducto | | | $-26,031.16 |
| Recargos Mes | | | $6.97 |
| Consumo Periodo | | | $11,096.03 |
| Ajuste a la Decena | | | $-2.72 |

Subtotal Acueducto: $11,601

**ALCANTARILLADO**

| Descripción | M³ | Valor Unitario | Total Periodo |
|---|---|---|---|
| Vertimiento Alcantarillado | 13 | $2,573.74 | $33,458.62 |
| Cargo Fijo Alcantarillado | | $5,043.76 | $5,043.76 |
| Subsidio Alcantarillado | | | $-28,643.64 |
| Recargos Mes | | | $7.11 |
| Consumo Periodo | | | $11,858.73 |
| Ajuste a la Decena | | | $4.16 |

Subtotal Alcantarillado: $11,870

**CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO**

Uso Aseo

| CONCEPTO | CUOTA ACTUAL | CUOTAS MORA | TOTAL |
|---|---|---|---|

TOTAL ASEO

| Cargos de Aseo | Cuotas | Valor | Mora | Interés | Total |
|---|---|---|---|---|---|

CANTIDAD DE RESIDUOS (KG)

Aprovechables (TRA)

No Aprovechables (TRNA)

TARIFA APROVECHABLES

RECIBOS DE LA

Ordinarios

Barrido y limpieza

Limpieza urbanos

Retroactivo

Componentes Tarifarios

SUBSIDIO

| Unidades Independientes | UR | UNR |
|---|---|---|

| TBL | TRT | TDF | TFL | TLU | TD |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

Cupón para Entidad

DATOS DEL SUSCRIPTOR

## SUSCRIPTOR / DATOS TECNICOS

**CORREA QUITUMBO OMAR-LEON**

**MNZ 14 CS 21C VILLA SANTANA LAS BRISAS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 01-01-021-5832 | 1 PEREIRA | Residencial | 3 |
| 10036N0000 | | -56.62 | 1 |
| 0 | 12 | 0016 | 1 |

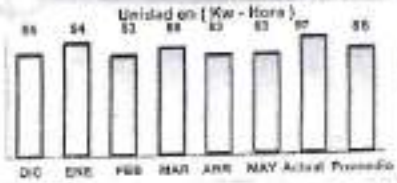
**MATRÍCULA** 1069889

| | |
|---|---|
| Fecha de Emisión: | 29/JUN/2024 |
| Suspensión a Vencimiento: | 0 |
| Fecha límite para pagar hasta: | 10/JUL/2024 |
| Días ajustados por servicio diferido: | |
| Documento equivalente a factura: | 59343669 |

| | |
|---|---|
| ASEO: | 11,384 |
| ALUMBRADO: | 3,400 |
| OTRAS EMPRESAS: | 0 |
| SUBTOTAL SIN ENERGÍA: | 14,784 |
| ENERGÍA: | 39,391 |
| **TOTAL** | **$54,175** |

## INFORMACIÓN DE CONSUMO

Unidad en ( Kw - Hora )




| | | | |
|---|---|---|---|
| DIC | 84 | 74,796 | 31 |
| ENE | 96 | 85,596 | 31 |
| FEB | 85 | 73,415 | 30 |
| MAR | 88 | 78,352 | 31 |
| ABR | 83 | 75,978 | 30 |
| MAY | 83 | 76,913 | 30 |

| Número | Marca | Lec Actual | Lec Anterior | Diferencia | Fact | Energía facturada | Consumo promedio | Consumo en investigación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 80007766 | MER | 15608 | 15511 | 97 | 1 | 97 | 86 | |

30/MAY/2024 - 28/JUN/2024 30

936.1853 MAY-2024 DLT Consumo Lectura Tomada

## LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0-130 | 97 | 936.1853 | 90,810 | -51,419 | 39,391 |

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 401.6194 | 47.9634 | 68.9040 | 37.7913 | 285.6944 | 94.2128 | 936.1853 |

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

.50 38,877

## ACUERDOS DE PAGO

## CALIDAD DEL SERVICIO

| | | | |
|---|---|---|---|
| DIUGj,n,q | 22 | FIUGj,n,q | 15 |
| DIUu,te | 11 | FIUu,te | 13 |
| DIUu,n,q,m | 2 | FIUu,n,q,m | 1 |
| VC .00 | | | |

## ÚLTIMO PAGO

48,292 P 07/JUN/2024

## ENERGÍA 39,391

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 501 | Consumo Activo | 0 | 90,810 | 90,810 |
| 561 | Subsidio | 0 | -51,419 | -51,419 |

## ALUMBRADO PÚBLICO 3,400

**MUNICIPIO DE PEREIRA**

| COD | CONCEPTO | VALOR MES | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 307 | Alumbrado Publico Pereira | 3,400 | 3,400 |

Responsable del Alumbrado Público: Pereira NIC: 901.489.130-2
Acuerdo del Concejo Municipal No. 032 del 2000
Oficina de atención al cliente(s): CRA 13 17-55 Bd Torre Central, local 104 Pereira

## ASEO 11,384

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

Frecuencia (vez/sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: 6 - Barrido
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Año o Mes (M/D): 1 Uso Asoc: RESIDE

Tarifa últimos 6 meses

| 10220 | 10229 | 10260 | 11340 | 11348 | 11501 |
|---|---|---|---|---|---|

| COD | CONCEPTO | PERIOD ANTERIOR | VALOR MES | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| 844 | Cargo Fijo Aseo | 0 | 24,510 | 24,510 |
| 858 | C V Aprovechamiento | 0 | 195 | 195 |
| 939 | Cargo Variable | 0 | 12,253 | 12,253 |
| 959 | Subsidio Aseo | 0 | -25,576 | -25,576 |

Componentes Tarifa

| | |
|---|---|
| TBL: | 16179.77 |
| TRT: | 8534.41 |
| TDF: | 3651.998 |
| TC: | 3967.99 |
| TA: | 134.704 |
| TTL: | 668.13 |
| TLU: | 4362.5 |
| % SUB/CON: | -89.28% |

Valor Recaudado: 0 Unidades Independientes: Resol
Periodo Facturado: MAY/2024 Dir. Poda y Tec. 48,292 P. 07/JUN/2024

| Cantidad de Residuos (ton) | Mar | Apr | May |
|---|---|---|---|
| Aprovechables (TRA): | .001 | .001 | .00 |
| No aprovechables (TRNA): | .063 | .063 | .06 |

Residuos del periodo (ton)

| | |
|---|---|
| Ordinarios: | .001 |
| Barrido y Limpieza: | .080 |
| Limpieza urbanos: | .001 |
| Rechazados: | 0 |

Información de Liquidación

| | |
|---|---|
| Costo Fijo: | 164.764 |
| Costo Variable No Aprovechable: | 12254.54 |
| Costo Variable Aprovechable (VBA): | |

## OTRAS EMPRESAS 0

| COD | CONCEPTO | DEUDA ANTERIOR | VALOR MES | TOTAL |
|---|---|---|---|---|

VALOR A PAG

Pago sin Alumbrado Público $50,77

Pago total factura $54,17

1069889

Escanea y paga tu factura por el portal de PSE

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.088.317.240**

**CORREA PANTOJA**

APELLIDOS

**OMAR SAMUEL**

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-ABR-1994**

**PEREIRA**
**(RISARALDA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.66** ESTATURA

**O+** G.S. RH

**M** SEXO

**04-MAY-2012 PEREIRA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2400100-00903317-M-1088317240-20170508 0055302785A 2 4544414992

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

zoetis

**RENGER**

ID del paciente: 3090

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 28/10/2019
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho castrado
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

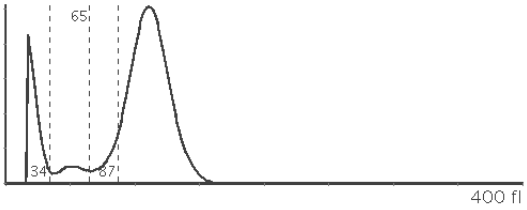
# Hematología

Fecha: 26/10/2024 03:35 PM  N° de serie del analizador: 360017749

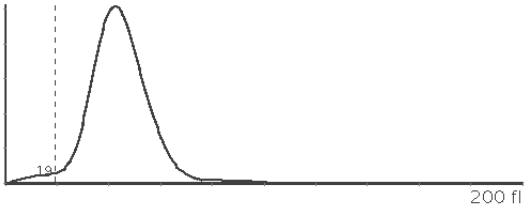
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **LEU** Leucocitos/Glóbulos blancos | 23.84 10^3/µl | ALTO | 3.5 | 20.7 |
| **LIN** Linfocito | 1.38 10^3/µl | | 0.83 | 9.1 |
| **MON** Monocito | 1.82 10^3/µl | ALTO | 0.09 | 1.21 |
| **NEU** Neutrófilo | 20.53 10^3/µl | ALTO | 1.63 | 13.37 |
| **EOS** Eosinófilo | 0.09 10^3/µl | | 0.02 | 0.49 |
| **BAS** Basófilo | 0.01 10^3/µl | | 0.0 | 0.2 |
| **LIN%** Linfocito (%) | 5.8 % | | | |
| **MON%** Monocito (%) | 7.7 % | | | |
| **NEU%** Neutrófilo (%) | 86.1 % | | | |
| **EOS%** Eosinófilo (%) | 0.4 % | | | |
| **BAS%** Basófilo (%) | 0.0 % | | | |
| **ERI** Eritrocitos/Glóbulos rojos | 9.10 10^6/µl | | 7.7 | 12.8 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **Hb** Hemoglobina | 12.5 g/dl | | 10.0 | 17.0 |
| **Hto** Hematocrito | 36.11 % | | 33.7 | 55.4 |
| **VCM** Volumen corpuscular medio | 40 fl | | 35.0 | 52.0 |
| **HCM** Hemoglobina corpuscular media | 13.7 pg | | 10.0 | 16.9 |
| **CHCM** Concentración de HCM | 34.6 g/dl | | 27.0 | 35.0 |
| **RDWc** Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 24.2 % | ALTO | 18.3 | 24.1 |
| **RDWs** Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 32.8 fl | | | |
| **PLT** Plaquetas | 311 10^3/µl | | 125.0 | 618.0 |
| **VPM** Volumen plaquetario medio | 10.8 fl | | 8.6 | 14.9 |
| **PCT** Plaquetocrito | 0.34 % | | | |
| **PDWc** Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 33.7 % | | | |
| **PDWs** Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 14.1 fl | | | |

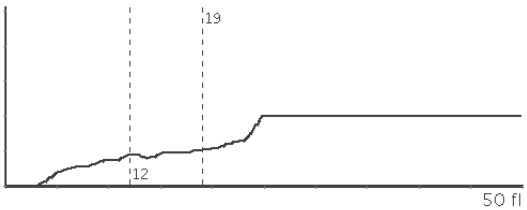
## Histograma: LEU



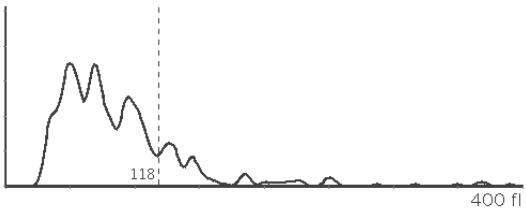

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT

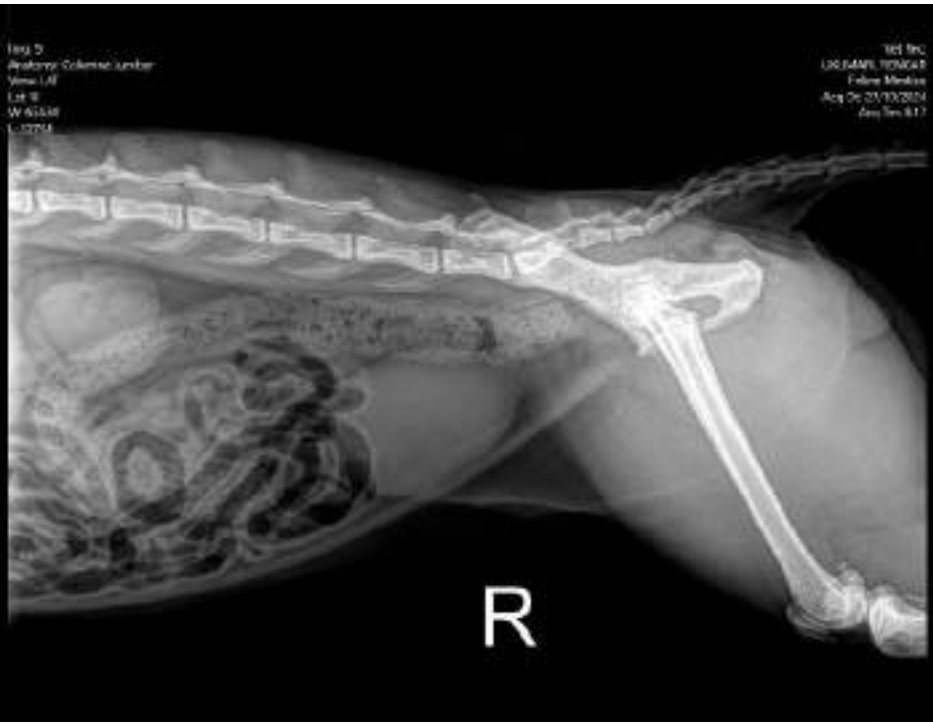



## Histograma: EOS




L

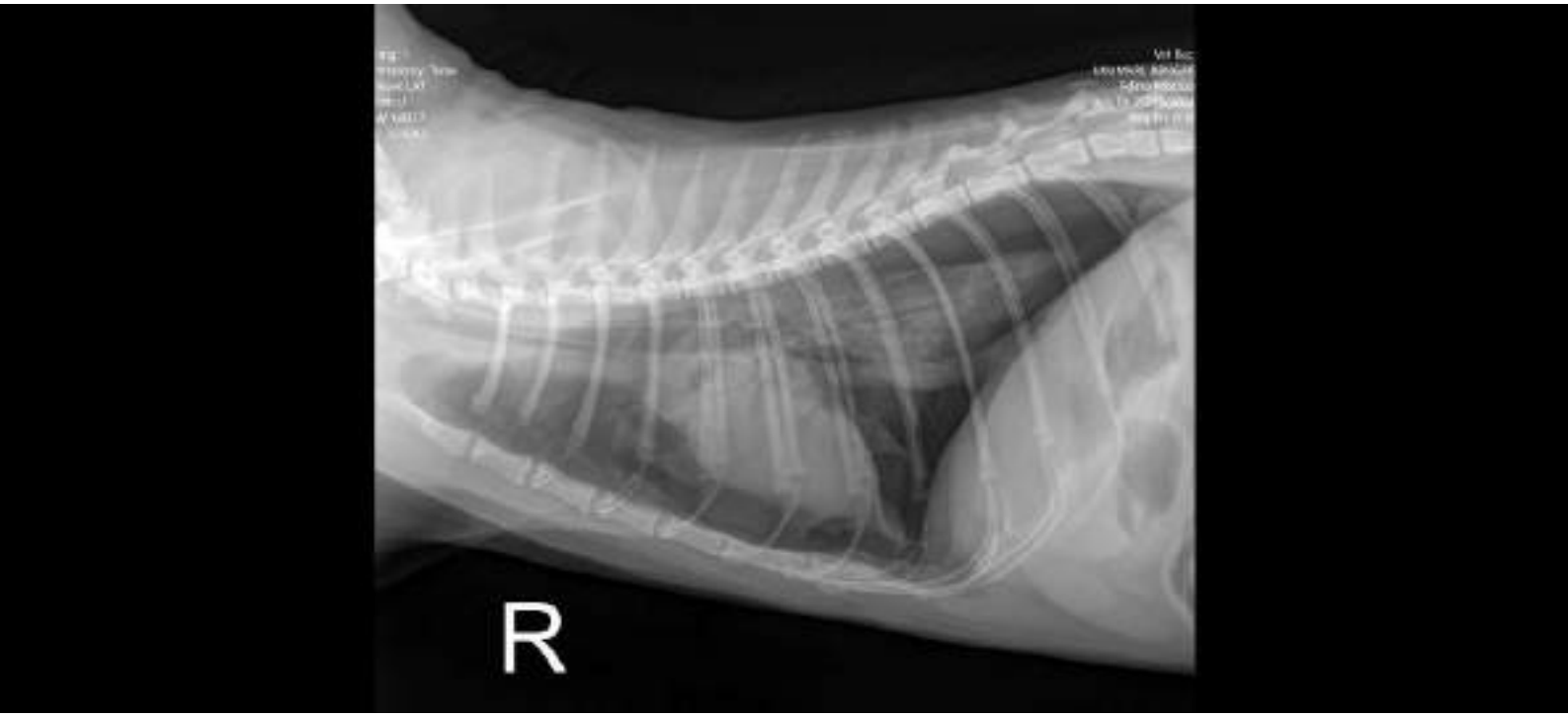

R


R


UKUMARI^RENGAR|000Y|O
32-4113^RU900811423
2024-10-27|08:14:41
Felino, Mestizo, 4,00kg|U_Tora
LAT DER
BIOGENEC
Cuattro, LLC
ACC:7507107-000955
Srs:7
Img:1
8 cm
kV:80.000000
mAs:3
Zoom : 45.06%
WL : 32402
WW : 64867


UKUMARI^RENGAR|000Y|O
32-4113^RU900811423
2024-10-27|08:14:41
Felino, Mestizo, 4,00kg|U_Torax_DV
R
BIOGENEC
Cuattro, LLC
ACC:7507107-000955
Srs:8
Img:1
5 cm
kV:80.000000
mAs:3
Zoom : 65.25%
WL : 32710
WW : 65430




R


FIV Ab
FIV Ab
C T
FeLV Ag
S
S

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *31/10/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 142-RITA
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 28/09/2024
Última Visita: 28/10/2024

Paciente: RITA
Especie: CANINO
Raza: MESTIZO
Sexo: HEMBRA
Pelaje:
Microchip:
Fecha de Nac.: 31/05/2024
Fecha de Alta: 28/09/2024
Última Visita: 24/10/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES
FECHA APLI.: 19/10/2024 A.T.P.: CANNEX MARCA: PROX. DOSIS: 03/11/2024
FECHA APLI.: 18/10/2024 A.T.P.: CANNEX MARCA: PROX. DOSIS: 02/11/2024
FECHA APLI.: 17/10/2024 A.T.P.: CANNEX MARCA: PROX. DOSIS: 18/10/2024
FECHA APLI.: 04/10/2024 A.T.P.: SERESTO COLLAR MAYOR DE 8 KG MARCA: PROX. DOSIS: 01/06/2025

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 28/09/2024 05:29:58 PM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
INGRESA PACIENTE TRAIDA POR POLICIA NACIONAL CON INGRESO AUTORIZADO POR MEDIO DE CONVENIO

REPORTAN QUE LA TRAEN DESDE CAIMALITO DONDE LOS HABITANTES DE LA ZONA REPORTARON QUE FUE ATROPELLADA POR UNA MOTO ANOCHE.

****** Exámen Físico Fecha: 28/09/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: 37.4 °C -- F.C.: 148 /minuto -- F.R.: 48 /minuto
Diagnóstico: AFECCION ORTOPEDICA
General: ATENTA AL MEDIO, DOCIL
Ojos - Orejas - Nariz - Garganta: LEVE SECRECIÓN OCULAR
Piel tegumento: ECTOPARÁSITOS CANTIDAD ABUNDANTE, SIN HERIDAS. PELAJE DE MIEMBROS POSTERIORES, COLA PECHO Y MIEMBROS ANTERIORES IMPREGNADO DE MATERIA FECAL
Músculo esquelético: CC: 2.5/5, SIN APOYO D EMIEMBRO POSTERIOR DERECHO, APARENTE FRACTURA EN FÉMUR ?
Cardiovascular: MUCOSAS ROSADA SY HUMEDAS. TLLC:2SG
Respiratorio: SIN SONIDOS ANORMALES
Gastrointestinal: HECES BLANDAS, VOMITÓ EN EL CAMINO
Genital - Reproductor: SLA
Neurológico: SLA
Tratamiento: SE REALIZA TEST DE DISMPET Y PARVOVIRUS CON RESULTADO NEGATIVO

SE CANALIZA VENA CEFÁLICA DERECHA Y SE TOMAN MUESTRAS PARA HEMOGRAMA Y BIOQUIMICAS, POR EL MOMENOT SOLO SE PROCESA HEMOGRAMA

SE MEDICA CON
-MELDOL 0.5%: 0.2MG/KG IV, CONTINUAR A 0.1MG/KG IV CADA 24 HRS
-DIPIRONA: 25 MG/KG IV, CONTINUAR CADA 8 HORAS O SEGUN EVOLUCIÓN

MODIFICAR TRATAMIENTO SEGÚN EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE O A CRITERIO DE MÉDICO EN TURNO

PENDINTE REALIZAR RADIOGRAFÍA

****** Fecha: 29/09/2024 06:51:43 AM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610

ENTREGA DE TURNO NOCHE: Paciente durante el turno es muy tranquila y alegre, no manifiesta dolor a la manipulación, cuando camina apoya el mimbro afectado, pero se aprecia una claudicación 2/5. Se le realiza estudio radiográfico del MPD donde se evidencia fractura de distal del fémur. El estudio radiográfico se realizó bajo sedación con Propofol 3mg/kg y no presento efectos adversos. Se enviaron las imágenes al convenio y estaría pendiente cotizar con el cirujano. Paciente clínicamente estable. Adicionalmente, se le practico hemograma el cual solo arrojo anemia y trombocitopenia leve con leucocitosis por neutrofilia moderada.

****** Fecha: 29/09/2024 11:26:35 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente atenta al medio, buen ánimo. Dolor controlado. Come con apetito y bebe agua. Orina, defeca en dos ocasiones sin presencia de parásitos, 2 en escala bristol. Al salir se desplaza sin apoyo del miembro.

****** Exámen Físico Fecha: 29/09/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: 38.6 °C -- F.C.: 136 /minuto -- F.R.: 40 /minutoCardiovascular: MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS. TLLC:2SG

****** Fecha: 30/09/2024 06:18:53 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
Paciente, estable no presenta vómitos ni diarrea, orina y defeca (Bristol 3 con presencia de parásitos) se administra dosis de Cannex 0.5 ml VO. Se continua con la medicación establecida, dolor controlado. constantes FC 100 FR 40 T 38.5, Mucosas rosadas, TLLC 2 segundos. Bebe y come (Solo pollo).
" Pendiente dar anti pulgas,
" Pendiente cotizar cirugía

****** Fecha: 30/09/2024 07:50:09 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO DIA: Paciente clínicamente estable, de buen comer y tomando agua a voluntad, se le administra NEXGRAD 4-10 KG en la mañana, ha estado muy activa durante el día. Para el día de mañana está pendiente indicaciones por parte del convenio para proceder o no con cirugía de ser necesaria.

****** Fecha: 01/10/2024 06:13:42 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente activa, atenta al medio muy buen ánimo, en ocasiones se muestra muy ansiosa por el encierro en jaula. Al salir se desplaza sin apoyo del miembro afectado. Orina y defeca sin alteraciones

****** Exámen Físico Fecha: 01/10/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: 38.1 °C -- F.C.: 112 /minuto -- F.R.: 20 /minutoCardiovascular: MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS. TLLC:2SG

****** Fecha: 02/10/2024 06:23:54 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
En la noche se recibe paciente bajo efectos de anestesia, hipotérmica. Se recupera con un poco de dolor, pero después de medicar con COLIVET Y MELODOL que estaban pendientes de la tarde la paciente muestra mejoría. Come con apetito y beeb agua.

En ocasiones vocaliza, pero se considera que puede ser ansiedad por la jaula pues en días anteriores también lo hacía y se calmaba al prestarle atención

Orina y defeca. Se desplaza sin apoyo del miembro intervenido

Solo se adiciona a la terapia CEFALOTINA: 20 MG/KG IV CADA 12 HRS

****** Exámen Físico Fecha: 02/10/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: 38.7 °C -- F.C.: 168 /minuto -- F.R.: 32 /minutoCardiovascular: MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS. TLLC:2SG

****** Fecha: 02/10/2024 06:23:35 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente letárgica, Orina y defeca (Bristol 4), se la pasa la mayoría del turno durmiendo, dolor controlado, se continua con la medicación establecida, constantes FC 148 FR 40 T 38.6, Mucosas Rosadas, TLLC 2 segundos. Come y bebe con apetito.

****** Fecha: 03/10/2024 06:04:37 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente un poco decaída en la jaula, pero al sacarla se muestra de buen ánimo y le busca juego a toros pacientes, se desplaza con apoyo en pinza del miembro intervenido, el cual tiene inflamación leve, herida quirúrgica con bordes afrontados, sin secreción. Orina y defeca varias veces sin alteraciones. Come con mucho apetito y bebe agua en abundante cantidad.
No hay manifestaciones de dolor.

****** Exámen Físico Fecha: 03/10/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: 38.3 °C -- F.C.: 144 /minuto -- F.R.: 24 /minutoCardiovascular: MUCOSAS ROSADA SY HUMEDAS. TLLC:2SG

****** Fecha: 03/10/2024 07:31:38 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente estable no presenta vómitos ni diarrea, orina y defeca (Bristol 4) se continua con la medicación establecida. se adiciona Seresto. Come y bebe con apetito.

****** Fecha: 04/10/2024 06:52:29 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente estable tranquila, dolor controlado, se continua con la medicación establecida, sin secreciones por la herida, come y

toma agua, sale orina y defeca Bristol 3.

****** Fecha: 05/10/2024 06:49:56 AM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO NOCHE: Paciente clínicamente estable, come y toma agua a voluntad, presenta micción, pero no deposición en la noche. Se continua con manejo intrahospitalario.

****** Fecha: 05/10/2024 06:33:18 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente clínicamente estable, no presenta vómitos ni diarrea, orina y defeca (Bristol 4), se continua con la medicación, come y bebe con apetito.

****** Fecha: 06/10/2024 06:20:40 AM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO NOCHE: Paciente muy activa, alerta, consentida, presenta micción sin alteraciones y deposición Bristol 4. Se ofrece comida la cual consúmete con apetito, bebe agua a voluntad, herida quirúrgica limpia, se continúa medicación establecida.

****** Fecha: 06/10/2024 06:36:20 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente estable no presenta vómitos ni diarrea, orina y defeca (Bristol 4), se continua con pregabalina, meloxicam y cefalotina, claudicación 2/4. Come y bebe con apetito.

****** Fecha: 07/10/2024 06:54:01 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente estable sin alteraciones durante el turno, claudicación 2/4 MPD, herida sin secreciones, dolor controlado, se termina medicación en la noche y se retira vía endovenosa, se programa Previcox, determinar paso a seguir con el convenio, come y toma agua.

****** Fecha: 07/10/2024 06:36:31 PM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
Paciente alerta al medio, activa, marcha y postura con un poco de claudicación. Temperatura normal. Come y toma agua muy bien. Orina y defeca. alta medica el martes 08 de oct

****** Fecha: 08/10/2024 06:19:49 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
Paciente estable y alerta, no presenta vómitos ni diarrea, orina y defeca (Bristol 4), se continua con pregabalina. Mucosas rosadas T 37.8 claudicación 2/4. Come y bebe con apetito

****** Fecha: 08/10/2024 06:43:20 PM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
TURNO DIA
Alerta, marcha con poco de claudicación y apoyo intermitente del MPD. Come con muy buen apetito, toma agua. Orina y defeca con normalidad. Pendiente definir cuando se da alta médica. Tomar rx de control antes de irse.

****** Fecha: 09/10/2024 06:33:11 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
Alerta, activa y juguetona, no presenta vómitos ni diarrea, claudicación 2/4, dolor controlado. se continua con lírica, come y bebe con apetito. Realizar radiografías de control antes de ser retirada de hospital.

****** Fecha: 09/10/2024 06:57:46 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente estable, activa, se continúa con la pregabalina, dolor controlado, claudicación 2/4, se toma placa radiográfica de control, pendiente determinar alta médica, come y toma agua, sale orina y defeca Bristol 3. Constantes en la tarde FC 128 FR 24 TEM 37.8, mucosas rosas.

****** Fecha: 10/10/2024 06:33:40 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
Paciente estable, activa, no presenta vómitos ni diarrea, orina y defeca (Bristol 4), se continúa con la pregabalina, dolor controlado, claudicación 2/4. Mucosas rosadas, TLLC 2 segundos T 38.0

****** Fecha: 10/10/2024 06:45:08 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente estable, activa, juguetona, dolor controlado, apoyo del miembro ocasional, come y toma agua, orina y defeca Bristol 3, no presenta vómitos. Fc 100 FR 24 TEM 37.6.

****** Fecha: 11/10/2024 06:11:48 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
Paciente estable, activa, juguetona, no presenta vómitos ni diarrea, orina y defeca (Bristol 4), Mucosas rosadas, TLLC 2 segundos T 37.7. come y bebe con apetito.

****** Fecha: 11/10/2024 06:20:01 PM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente estable, activa, juguetona, come con mucho apetito, bebe agua, orina y defeca, dolor controlado, se continua con pregabalina, se recomienda alta médica. Constantes: FC 112, FR 24, TEMP 38, mucosas rosas, TLLC 2 segundos.

****** Fecha: 12/10/2024 06:32:35 AM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
turno noche
Alerta al medio, muy activa, orina y defeca con normalidad, toma agua y come con buen apetito, dolor controlado.

****** Fecha: 12/10/2024 06:45:46 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente estable, activo, se continua con la medicación establecida, come y toma agua, no presenta vómitos, orina y defeca Bristol 3.

****** Fecha: 13/10/2024 05:44:57 AM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
TURNO NOCHE:
Paciente alerta, estable, se realiza movilidad y terapia de la pierna en la mañana, dolor controlad, consume alimento, toma agua. Orina y defeca con normalidad.

****** Fecha: 13/10/2024 07:16:33 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491

Paciente activo, juguetón, sin alteraciones durante el turno, come y toma agua, sale orina y defeca, no presenta vómitos se realiza masajes y se saca y se observa que apoya mejor en el pasto, se recomienda hemograma de control
Peso actual 6.6

****** Fecha: 14/10/2024 06:37:45 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Atenta al medio, buen ánimo, en hospital se desplaza sin apoyo del miembro, pero en la zona verde si lo apoya, manifiesta dolor en ocasiones con algunos movimientos

Come con apetito

****** Fecha: 14/10/2024 06:05:09 PM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
TURNO DIA: Alerta, activa, dolor controlado. come, toma agua. Orina y defeca con normalidad.
****** Fecha: 15/10/2024 06:39:33 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Alerta, activa, dolor controlado. come, toma agua. Orina y defeca con normalidad.

****** Fecha: 15/10/2024 07:38:23 PM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
Alerta, activa, dolor controlado. come, toma agua. Orina y defeca con normalidad. Presento un vomito en la tarde porque está comiendo mucho, hoy se les dio comida muy seguido y juega después de comer. Pendiente autorización para hemograma de control. Mañana OVH, dejar en ayuno.

****** Fecha: 16/10/2024 06:19:39 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente estable, activa, come y toma agua, orina y defeca bristol 3, se deja en ayuno desde las 12 am, el día de hoy se realiza ovh.

*** Fecha: 16/10/2024 09:18:35 AM HEMOGRAMA

****** Fecha: 16/10/2024 07:31:49 PM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
En la mañana se recibe paciente en ayunas, pasa a cirugía de OVH previamente se realizó hemograma donde mostraba trombocitopenia leve. Se recupera de anestesia sin inconvenientes. En la tarde al salir orina y defeca con normalidad. Come con apetito y bebe agua. Se recomienda medicar con duplocilina como dosis única.
FC: 160 lpm FR: 36rpm T: 38.8 Mucosas rosadas y húmedas. Tllc:2sg

****** Fecha: 17/10/2024 07:02:10 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente estable activa, herida sin secreciones, dolor controlado, come y toma agua, no presenta vómitos ni diarreas, sale orina y defeca bristol 4, se programa meloxicam 0.1mg/kg, y Cannex.

****** Fecha: 17/10/2024 05:51:38 PM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Atenta al medio, buen ánimo. Al salir orina, defeca de consistencia blanda (bristol5). Come con mucho apetito. Sin episodios de vómito ni diarrea. Herida quirúrgica sin secreciones

****** Fecha: 17/10/2024 06:50:20 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente estable, activa, dolor controlado, herida sin secreciones, puntos en posición, come y toma agua, orina y defeca de mejor consistencia.
****** Fecha: 18/10/2024 07:49:41 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente estable, activa, dolor controlado, herida sin secreciones, puntos en posición, come y toma agua, orina y defeca de mejor consistencia.

****** Fecha: 19/10/2024 05:44:24 AM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
TURNO NOCHE:
Paciente alerta al medio, muy activa e inquieta. Consume alimento con buen apetito. Orina y defeca con normalidad. Durante la noche presenta dos estornudos, no tiene secreción nasal, todo normal.

****** Fecha: 19/10/2024 05:05:26 PM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Buen ánimo, come con apetito, se desplaza con claudicación 3/5 aunque a veces apoya un poco más el miembro. Orina y defeca sin alteraciones

****** Fecha: 20/10/2024 06:49:33 AM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
TURNO NOCHE:
Paciente alerta al medio, activa. Come muy bien, toma agua, orina y defeca con normalidad. El día de ayer termino la tercera dosis del desparasitante. Tiene claudicación persistente y a veces no apoya el miembro, se le realizan masajes y movilidad durante la noche y presenta crepitación al realizarse la movilidad. El dolor esta muy controlado.

****** Fecha: 21/10/2024 06:42:18 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
sin novedad clínica.

****** Fecha: 21/10/2024 06:39:24 PM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
turo dia
Alerta, tranquila. Orina y defeca con normalidad. Come bien y toma agua. Pendiente evaluar si se puede dar alta medica mañana.

Dra Andrea mañana va a enviar vacunas para aplicarle.

****** Fecha: 22/10/2024 05:35:17 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente que duerme la mayor parte del turno, come con apetito y bebe agua. Orina y defeca sin alteración. NO hay cambios en el apoyo del miembro

Se suspende medicación con meloxicam y lyrica

****** Fecha: 22/10/2024 07:34:14 PM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
turno día: Paciente alerta al medio, activa. Presenta 3 vómitos en el dia, luego se los come. Orina y defeca con normalidad. Toma agua, come muy bien, es muy activa, persiste leve claudicación.

****** Fecha: 23/10/2024 02:32:12 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
PACIENTE QUE TIENE ALTA MÉDICA. CONTINUA EN LA CLÍNICA EN GUARDERÍA

****** Fecha: 23/10/2024 05:23:55 PM -- Atendido Por: JULIÁN DÍAZ NIETO - MP. 39207
Paciente estable, presenta un episodio de vomito en turno, se recomienda bajar cantidad de comida que se le ofrece, T: 37 FC: 132 FR: 20, mucosas rosas, tllc: 1seg, orina defeca con normalidad.

****** Fecha: 24/10/2024 05:49:29 AM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
TURNO NOCHE:
Paciente alerta al medio, consume alimento con apetito, toma agua, orina y defeca. Se pasa al area de terraza y va a estar en hospital sin medicacion hasta que la puedan retirar, pendiente retiro de puntos en unos 5 dias.

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 16/10/2024 TITULO: HEMOGRAMA
VER ARCHIVO ADJUNTO

# CTA. CTE.

*31/10/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 142-RITA

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 28/09/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 5300 | 0 | 5300 |
| 28/09/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 5000 | 0 | 10300 |
| 28/09/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3600 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 3600 | 0 | 13900 |
| 28/09/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 18700 | 0 | 32600 |
| 28/09/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - CARLOS OSPINA | 2.00 | 1000 | 0 | 33600 |
| 28/09/2024 | *19 TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $550 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 550 | 0 | 34150 |
| 28/09/2024 | *TEST MOQUILLO Y ADENOVIRUS UND - Unit. $44000 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 44000 | 0 | 78150 |
| 28/09/2024 | *TEST PARVO / PARVO-CORONA - Unit. $43700 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 43700 | 0 | 121850 |
| 28/09/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 24300 | 0 | 146150 |
| 28/09/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 31500 | 0 | 177650 |
| 28/09/2024 | TOMA DE MUESTRA - Unit. $5000 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 5000 | 0 | 182650 |
| 28/09/2024 | ANALGESIA MULTIMODAL - Unit. $16200 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 16200 | 0 | 198850 |
| 29/09/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - MARIA DANIELA | 1.00 | 5300 | 0 | 204150 |
| 29/09/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 5000 | 0 | 209150 |
| 29/09/2024 | SEDACION PROCEDIMIENTO - Unit. $40000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 40000 | 0 | 249150 |
| 29/09/2024 | *FCO PROPOFOL 1% VIAL X 20ML - Unit. $38000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 38000 | 0 | 287150 |
| 29/09/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 31500 | 0 | 318650 |
| 29/09/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE (3 PLACAS) - Unit. $79500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 79500 | 0 | 398150 |
| 29/09/2024 | *VENOCLISIS MICROGOTEO - Unit. $3400 - MARIA DANIELA | 1.00 | 3400 | 0 | 401550 |
| 29/09/2024 | *SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - MARIA DANIELA | 1.00 | 4900 | 0 | 406450 |
| 29/09/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 500 | 0 | 406950 |
| 29/09/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - MARIA DANIELA | 1.00 | 18700 | 0 | 425650 |
| 29/09/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - MARIA DANIELA | 2.00 | 10000 | 0 | 435650 |
| 01/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 31500 | 0 | 467150 |
| 01/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 18700 | 0 | 485850 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 01/10/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5300 | 0 | 491150 |
| 01/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - DANIELA RESTREPO | 3.00 | 15000 | 0 | 506150 |
| 01/10/2024 | *SUP PREGABALINA 20MG/ML - Unit. $1700 - DANIELA RESTREPO | 1.50 | 2550 | 0 | 508700 |
| 01/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - MARIA DANIELA | 1.00 | 18700 | 0 | 527400 |
| 01/10/2024 | *SUP PREGABALINA 20MG/ML - Unit. $1700 - MARIA DANIELA | 2.40 | 4080 | 0 | 531480 |
| 02/10/2024 | *DEXMEDETOMIDINA INY X ML - Unit. $8900 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 8900 | 0 | 540380 |
| 02/10/2024 | *BUTORMIN INY X ML - Unit. $55000 - DANIELA RESTREPO | 0.10 | 5500 | 0 | 545880 |
| 02/10/2024 | *KETAMINA INY DOSIS X ML - Unit. $7700 - DANIELA RESTREPO | 0.50 | 3850 | 0 | 549730 |
| 02/10/2024 | *MIDAZOLAM INY X ML - Unit. $4000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 4000 | 0 | 553730 |
| 02/10/2024 | *FORMULA DE CONTROL ESPECIAL - Unit. $15000 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 30000 | 0 | 583730 |
| 02/10/2024 | *SUTURA N/A 2-0 (UNIDAD) - Unit. $8100 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 8100 | 0 | 591830 |
| 02/10/2024 | *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 0 - Unit. $12100 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 12100 | 0 | 603930 |
| 02/10/2024 | *COMPRESA ESTERIL 45X45 - Unit. $2900 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 2900 | 0 | 606830 |
| 02/10/2024 | *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.0 - Unit. $6800 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 6800 | 0 | 613630 |
| 02/10/2024 | *19 LAPIZ ELECTROBISTURI - Unit. $15200 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 15200 | 0 | 628830 |
| 02/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 350 | 0 | 629180 |
| 02/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 500 | 0 | 629680 |
| 02/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 500 | 0 | 630180 |
| 02/10/2024 | *19 GUANTES QUIRÚRGICOS ESTÉRILES 7,5 PAQUETE X 2 - Unit. $3200 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 6400 | 0 | 636580 |
| 02/10/2024 | *19 GUANTES QUIRÚRGICOS ESTÉRILES 6,5 PAQUETE X 2 - Unit. $2800 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 2800 | 0 | 639380 |
| 02/10/2024 | *19 CAMPO ESTERIL CERRADO XL 130/0.7 - Unit. $5200 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5200 | 0 | 644580 |
| 02/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 500 | 0 | 645080 |
| 02/10/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5300 | 0 | 650380 |
| 02/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 31500 | 0 | 681880 |
| 02/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 18700 | 0 | 700580 |
| 02/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - DANIELA RESTREPO | 4.00 | 20000 | 0 | 720580 |
| 02/10/2024 | *SUP PREGABALINA 20MG/ML - Unit. $1700 - DANIELA RESTREPO | 1.20 | 2040 | 0 | 722620 |
| 02/10/2024 | *CEFALOTINA 1GR POLVO - Unit. $6600 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 6600 | 0 | 729220 |
| 02/10/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE VISTA ADICIONAL/CONTROL (1) - Unit. $22000 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 44000 | 0 | 773220 |
| 02/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 31500 | 0 | 804720 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 02/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 1000 | 0 | 805720 |
| 02/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 18700 | 0 | 824420 |
| 02/10/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5300 | 0 | 829720 |
| 02/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - DANIELA RESTREPO | 3.00 | 15000 | 0 | 844720 |
| 02/10/2024 | *SUP PREGABALINA 20MG/ML - Unit. $1700 - DANIELA RESTREPO | 1.20 | 2040 | 0 | 846760 |
| 02/10/2024 | PROCEDIMIENTO ORTOPEDICO - UNIT. $1000000 - ANGELICA VELEZ | 1.00 | 1000000 | 0 | 1846760 |
| 02/10/2024 | *MATERIAL ORTOPEDICO KIT PLACA/TORNILLO/CLAVO - UNIT. $980000 - ANGELICA VELEZ | 1.00 | 980000 | 0 | 2826760 |
| 02/10/2024 | *ISOFLUORANO X 8,1 A 14 ML - Unit. $49000 - ANGELICA VELEZ | 1.00 | 49000 | 0 | 2875760 |
| 02/10/2024 | *OXIGENO MEDICINAL A 2L/MIN X HORA (PARED) - Unit. $5700 - ANGELICA VELEZ | 1.00 | 5700 | 0 | 2881460 |
| 02/10/2024 | *19 BATAS AZUL PACIENTE PUÑO RIB UNIDAD - Unit. $6000 - ORLANDO LEMA | 2.00 | 12000 | 0 | 2893460 |
| 02/10/2024 | ANALGESIA MULTIMODAL - Unit. $16200 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 16200 | 0 | 2909660 |
| 03/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 31500 | 0 | 2941160 |
| 03/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 18700 | 0 | 2959860 |
| 03/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 2.00 | 1000 | 0 | 2960860 |
| 03/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 500 | 0 | 2961360 |
| 03/10/2024 | *MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5200 | 0 | 2966560 |
| 03/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - DANIELA TRESPALACIOS | 2.00 | 10000 | 0 | 2976560 |
| 03/10/2024 | *SUP PREGABALINA 20MG/ML - Unit. $1700 - DANIELA RESTREPO | 1.20 | 2040 | 0 | 2978600 |
| 04/10/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 5300 | 0 | 2983900 |
| 04/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 18700 | 0 | 3002600 |
| 04/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 31500 | 0 | 3034100 |
| 04/10/2024 | *SERESTO HASTA 8 KG CAT-DOG - Unit. $121100 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 121100 | 0 | 3155200 |
| 05/10/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 5300 | 0 | 3160500 |
| 05/10/2024 | *CEFALOTINA 1GR POLVO - Unit. $6600 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 6600 | 0 | 3167100 |
| 05/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 18700 | 0 | 3185800 |
| 05/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 31500 | 0 | 3217300 |
| 07/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 31500 | 0 | 3248800 |
| 07/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 18700 | 0 | 3267500 |
| 07/10/2024 | *CEFALOTINA 1GR POLVO - Unit. $6600 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 6600 | 0 | 3274100 |
| 07/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 1000 | 0 | 3275100 |
| 07/10/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - | 1.00 | 5300 | 0 | 3280400 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| | SANTIAGO PULGARIN | | | | |
| 07/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - MARIA DANIELA | 1.00 | 18700 | 0 | 3299100 |
| 07/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 31500 | 0 | 3330600 |
| 08/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - MARIA DANIELA | 1.00 | 18700 | 0 | 3349300 |
| 08/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 31500 | 0 | 3380800 |
| 09/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - MARIA DANIELA | 1.00 | 18700 | 0 | 3399500 |
| 09/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 31500 | 0 | 3431000 |
| 09/10/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE VISTA ADICIONAL/CONTROL (1) - Unit. $22000 - MARIA DANIELA | 2.00 | 44000 | 0 | 3475000 |
| 10/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 31500 | 0 | 3506500 |
| 10/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - MARIA DANIELA | 1.00 | 18700 | 0 | 3525200 |
| 11/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 31500 | 0 | 3556700 |
| 12/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 31500 | 0 | 3588200 |
| 12/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA TRESPALACIOS | 2.00 | 37400 | 0 | 3625600 |
| 12/10/2024 | *SUP PREGABALINA 20MG/ML - Unit. $1700 - DANIELA TRESPALACIOS | 10.00 | 17000 | 0 | 3642600 |
| 13/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 31500 | 0 | 3674100 |
| 13/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 18700 | 0 | 3692800 |
| 13/10/2024 | *SUP PREGABALINA 20MG/ML - Unit. $1700 - DANIELA RESTREPO | 1.50 | 2550 | 0 | 3695350 |
| 14/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 18700 | 0 | 3714050 |
| 15/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 18700 | 0 | 3732750 |
| 15/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 31500 | 0 | 3764250 |
| 16/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 31500 | 0 | 3795750 |
| 16/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 18700 | 0 | 3814450 |
| 16/10/2024 | *SUP PREGABALINA 20MG/ML - Unit. $1700 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 3400 | 0 | 3817850 |
| 16/10/2024 | *19 CAMPO ESTERIL CERRADO XL 130/0.7 - Unit. $5200 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 5200 | 0 | 3823050 |
| 16/10/2024 | *19 CUCHILLA BISTURI #15 UNIDAD - Unit. $650 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 650 | 0 | 3823700 |
| 16/10/2024 | *19 GUANTES QUIRÚRGICOS ESTÉRILES 7,5 PAQUETE X 2 - Unit. $3200 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 3200 | 0 | 3826900 |
| 16/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 500 | 0 | 3827400 |
| 16/10/2024 | *19 JERINGA 10 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $450 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 450 | 0 | 3827850 |
| 16/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - ORLANDO LEMA | 2.00 | 1000 | 0 | 3828850 |
| 16/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - ORLANDO LEMA | 3.00 | 1050 | 0 | 3829900 |
| 16/10/2024 | *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.5 - Unit. $6000 - | 1.00 | 6000 | 0 | 3835900 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| | ORLANDO LEMA | | | | |
| 16/10/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3600 - ORLANDO LEMA | 2.00 | 7200 | 0 | 3843100 |
| 16/10/2024 | *COMPRESA ESTERIL 45X45 - Unit. $2900 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 2900 | 0 | 3846000 |
| 16/10/2024 | *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 0 - Unit. $12100 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 12100 | 0 | 3858100 |
| 16/10/2024 | *SUTURA N/A 2-0 (UNIDAD) - Unit. $8100 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 8100 | 0 | 3866200 |
| 16/10/2024 | *19 TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $550 - ORLANDO LEMA | 2.00 | 1100 | 0 | 3867300 |
| 16/10/2024 | *DEXMEDETOMIDINA INY X ML - Unit. $9400 - ORLANDO LEMA | 0.50 | 4700 | 0 | 3872000 |
| 16/10/2024 | *KETAMINA INY DOSIS X ML - Unit. $7700 - ORLANDO LEMA | 0.50 | 3850 | 0 | 3875850 |
| 16/10/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 5300 | 0 | 3881150 |
| 16/10/2024 | *TRAMADOL 50MG/ML AMPLL - Unit. $2800 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 2800 | 0 | 3883950 |
| 16/10/2024 | *PROPOFOL INY 1% DOSIS X ML - Unit. $7800 - ORLANDO LEMA | 3.00 | 23400 | 0 | 3907350 |
| 16/10/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 24300 | 0 | 3931650 |
| 16/10/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE VISTA ADICIONAL/CONTROL (1) - Unit. $22000 - ORLANDO LEMA | 2.00 | 44000 | 0 | 3975650 |
| 16/10/2024 | OVH / CANINO 0-10KG - Unit. $270000 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 270000 | 0 | 4245650 |
| 16/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 31500 | 0 | 4277150 |
| 16/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 18700 | 0 | 4295850 |
| 16/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 500 | 0 | 4296350 |
| 16/10/2024 | *SUP PREGABALINA 20MG/ML - Unit. $1700 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 3400 | 0 | 4299750 |
| 16/10/2024 | *DUPLOCILLINA LA SUSP INY DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5600 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 5600 | 0 | 4305350 |
| 18/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 31500 | 0 | 4336850 |
| 18/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 18700 | 0 | 4355550 |
| 18/10/2024 | *SUP PREGABALINA 20MG/ML - Unit. $1700 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 3400 | 0 | 4358950 |
| 18/10/2024 | *CANNEX SUSP ORAL DOSIS X ML - Unit. $3000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 3000 | 0 | 4361950 |
| 18/10/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 5300 | 0 | 4367250 |
| 18/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 500 | 0 | 4367750 |
| 18/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 1000 | 0 | 4368750 |
| 19/10/2024 | *SUP PREGABALINA 20MG/ML - Unit. $1700 - DANIELA TRESPALACIOS | 0.60 | 1020 | 0 | 4369770 |
| 19/10/2024 | *CANNEX SUSP ORAL DOSIS X ML - Unit. $3000 - DANIELA TRESPALACIOS | 0.70 | 2100 | 0 | 4371870 |
| 19/10/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - DANIELA TRESPALACIOS | 0.10 | 530 | 0 | 4372400 |
| 19/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $39000 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 39000 | 0 | 4411400 |
| 19/10/2024 | *SUP PREGABALINA 20MG/ML - Unit. $1700 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 1700 | 0 | 4413100 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 19/10/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 5300 | 0 | 4418400 |
| 19/10/2024 | *CANNEX SUSP ORAL DOSIS X ML - Unit. $3000 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 3000 | 0 | 4421400 |
| 19/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 31500 | 0 | 4452900 |
| 19/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 500 | 0 | 4453400 |
| 20/10/2024 | *SUP PREGABALINA 20MG/ML - Unit. $1700 - MARIA DANIELA | 2.00 | 3400 | 0 | 4456800 |
| 20/10/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - MARIA DANIELA | 1.00 | 5300 | 0 | 4462100 |
| 20/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - MARIA DANIELA | 1.00 | 18700 | 0 | 4480800 |
| 20/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 31500 | 0 | 4512300 |
| 21/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - ANGELICA VELEZ | 4.00 | 74800 | 0 | 4587100 |
| 21/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 31500 | 0 | 4618600 |
| 21/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 18700 | 0 | 4637300 |
| 22/10/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5300 | 0 | 4642600 |
| 22/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 500 | 0 | 4643100 |
| 22/10/2024 | *SUP PREGABALINA 20MG/ML - Unit. $1700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 1700 | 0 | 4644800 |
| 23/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 31500 | 0 | 4676300 |
| 23/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 18700 | 0 | 4695000 |
| 23/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 31500 | 0 | 4726500 |
| 23/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $23000 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 23000 | 0 | 4749500 |
| 23/10/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE (3 PLACAS) - Unit. $79500 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 79500 | 0 | 4829000 |
| 24/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 31500 | 0 | 4860500 |
| 28/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - CARLOS OSPINA | 3.00 | 94500 | 0 | 4955000 |
| 28/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - CARLOS OSPINA | 3.00 | 56100 | 0 | 5011100 |

Moneda: $

**SALDO:** 5011100

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES REMITIDOS DEL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO**

Yo Andres leyton identificado con cédula de ciudadanía número 1085290563 de Encargado en calidad de responsable de Rik, especie Canino, raza Mestizo, sexo M___ H✓, de 4 Meses años, con 5.8 Kg de peso e historia clínica número 2952. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del paciente, por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar su estado de salud.

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

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

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

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

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

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

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución. He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

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

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

En contraparte yo Daniela Restrepo Morales con tarjeta profesional número 28558 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

**Nota: Quien firma como acudiente acepta ser el responsable por el paciente; En caso que el paciente no tenga acudiente el hospital público veterinario de la ciudad de Pereira será el único responsable y tomador de decisiones autorizado y será el encargado de ubicar un hogar o definir el destino final del paciente una vez completada su recuperación.**

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 28 de Sept del 2021

N/A.

**Tutor/Acudiente**
CC:
Tel:

Daniela Restrepo Morales

**Médico Veterinario Visión de las Américas**
MP: 28558

En caso de pacientes sin acudiente por favor diligenciar la siguiente información:

| **Lugar de procedencia o hallazgo** | **Descripción de los hechos** | |
|---|---|---|
| *Especificar sector/barrio/vereda<br>Cairalito | la comunidad manifiesta que una moto atropello el canino y lo dejo tirado en la vía, y la comunidad informo | |
| **Datos de quien entrega** | | |
| **Nombre completo** | **Cedula** | **Teléfono** |
| Andres Leyton | 1088726563 | 3178461204 |
| **Dirección:** Policía Ambiental | | |

**Autoriza el ingreso Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

**CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO**

Fecha de Ingreso: 28 Sept 2024 — Sexo: M__ H ✓ — Peso: 5.8 kg — Cta $ 3

Paciente: Rita — #HC: 2952 — Especie: Canin — Médico tratante: DRM

Diagnostico presuntivo: Trauma x Atrop — Edad: 4 Años — Obs. Parvo - Distemper Mycivo SIN TUTOR.

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 29sept | Meloxic 0.5% | 24h | IV | 0,2mg/kg | 0,2ml | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | |
| | Dipirona | 8h | IV | 25mg/kg | 0,3ml | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | |
| 29/09 | Meloxic 0,5% | SID | IV | 0,1 | 0,1 | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | |
| | COLIVET | TID | IV | 25 | 0,3 | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | |
| | Lyrica susp | BID | PO | 2 | 0,6 | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | |
| 30/09 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Meloxic 0.5% | SID | IV | 0.1 | 0.1ml | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | |
| | Colivet | TID | IV | 20mg | 0.2ml | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | |
| | Lyrica Susp | BID | VO | 2mg | 0.6ml | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | |
| | Nekgard Sp 4.1 mg | DU | VO | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01/10 | Meloxic 0.5% | SID | IV | 0.1 | 0.1ml | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | ⊗ | | | | |
| | Colivet | TID | IV | 20mg | 0.2ml | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | ⊗ | | | | |
| | Lyrica Susp | BID | VO | 2mg | 0.6ml | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | |
| | Cefalotina | 12h | IV | 20mg/kg | 0.6ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | |
| 02/10 | Meloxic 0.5% | SID | IV | 0,1 | 0.1ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Colivet | TID | IV | 20mg | 0.2ml | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Lyrica Susp | BID | VO | 2mg | 0.6ml | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | |
| | Cefalotina | 12hr | IV | 20mg/kg | 0.6ml | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | |
| 3 oct | Meloxic 0,5% | 24h | IV | 0,1mg/kg | 0,1ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Colivet | 8h | IV | 20mg/kg | 0,2ml | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Lyrica | 12h | VO | 2mg/kg | 0,6ml | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | |
| | Cefalotina | 12h | IV | 20mg/kg | 0,6ml | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | |
| 4 oct | Meloxic 0,5% | 24h | IV | 0,1mg/kg | 0,1ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Lyrica | 12h | VO | 2mg/kg | 0,6ml | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | |
| | Cefalotina | 12h | IV | 20mg/kg | 0,6ml | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | |

**Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:**

Programado O
Aplicado X

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## Exámen físico diario paciente hospitalizado

Paciente: Rita Numero de HC: 2952 Peso de ingreso: 5.8kg

Ingresa: 28 Sep Obs: Fractura, cabeza femur.

| FECHA | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA / PARAMETRO | 29/09<br>3:47 pm | 30/09<br>4:40 | 1/10<br>4:40 am | 02/10<br>4:45 AM | 2/10<br>8:00 | 3/10<br>4:44 am | 04/10<br>1:00 AM | 06/10<br>6:00 AM | 09/10<br>6:00 PM | 10/10<br>5PM | 11/10<br>6 PM. | 12/10<br>7:00 | 13/10 | 23/10 | |
| T° | 38.3C | 38.5C | 38.1C | 38.7 | 38.6C | 38.3C | 37.8 | 38.2 | 39.8 | 37.6 | 38 | 38.8 | 37.6C | 37 | |
| FC | 136 | 180 | 112 | 168 | 148 | 144 | 120 | 124 | 128 | 100. | 112 | 160 | | 132 | |
| FR | 40 | 40 | 20 | 32 | 40 | 24 | 48 | 36 | 24 | 24 | 24 | 36 | | 20 | |
| PULSO | F/L | F | F/L | Fuerte | F | F/C | Fuerte | F | F | F | F | | | F | |
| MUCOSAS | R/H | R | R/H | Rosa | R | R/H | rosa | R | R | R | R | Rosa | R | R | |
| TLLC | 2seg | 2s | 2seg | 2" | 2s | 2seg | 2" | 1" | 2" | 2" | 2" | 2" | 2s | 2" | |
| COME | Si | Si | Si | Sp | Si | Si | Sp | Si | Si | Si | Si | Sp | Si | Si | |
| BEBE | Si | Si | Si | Sp | Si | Si | Sp | Si | Si | Si | Si | Sp | Si | Si | |
| VOMITO | No | No | No | No | No | No | No | No | No | No | No | No | No | Si | |
| HECES | Si | Si | Si | Sp | | Si | Sp | Si | Si | Si | Si | Sp | Si | Si | |
| MICCION | Si | | Si | Sp | Si | Si | Sp | Si | Si | Si | Si | Sp | Si | Si | |
| PESO | 5.8kg | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESION ARTERIAL MEDIA | — | | | | | | | | | | | | | | |
| % DESHIDRATACION | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex | No | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *dolor | 4/24 | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *neuro | | | | | | | | | | | | | | | |
| REALIZADO POR *iniciales | DRA | NOLB | DRA | | NOLB | | | CAQJ | | | | | | | |
| PENDIENTES | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | | |

## CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de Ingreso: 28/09/24 Numero de HC: 2952 Médico tratante: DRM

Paciente: RITA Peso: 5,8 Kg Obs.

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 05/10 | Meloxicam 0,5% | SID | IV | 0,1 | 0,1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Lyrica Susp. | BID | PO | 2 | 0,6 | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | |
| | Cefalotino | BID | IV | 20 | 0,6 | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06/10 | Meloxicam 0,5% | SID | IV | 0,1 | 0,1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Lyrica Susp. | BID | PO | 2 | 0,6 | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | |
| | Cefalotino | BID | IV | 20 | 0,6 | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07/10 | Lyrica Susp | BID | PO | 2 | 0.6 | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| | previcox 5mg | SID | PO | 5 | 1/2 Tab | | | | | | | | ⊖ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Lyrica | BID | VO | 2mg | 0.6ml | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| 08/10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Lyrica | BID | VO | 2mg | 0.6ml | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| 09/10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Lyrica | BID | VO | 2mg | 0.6ml | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| 10/10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Lyrica | BID | VO | 2mg | 0.6ml | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| 11/10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Lyrica | BID | VO | 2mg | 0.6ml | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12/10 | Lyrica Susp | BID | PO | 2mg/kg | 0.6mL | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13/10 | Lyrica Susp | BID | PO | 2mg/kg | 0.6mL | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14/10 | Lyrica | 12 h | VO | 2mg/kg | 0,6ml | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15/10 | Lyrica | 12 h | VO | 2mg/kg | 0.6ml | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16/10 | Lyrica | 12 h | VO | 2mg/kg | 0.6ml | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |

Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:

Programado O / Aplicado X

## CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de Ingreso: 28 sept
Paciente: Rita # HC: 2952.
Diagnostico presuntivo: _____

Sexo: M___ H___
Especie: _____
Edad: _____

Peso: 6.9 kg Cta $ 3
Médico tratante: _____
Obs. _____

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 oct | Lyrica | 12h | VO | 2mg/kg | 0.6ml | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| | Cannex | 24h | VO | | 0.7ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊖ | | | | |
| | Dipirona | QD | SC | 1ml/15kg | 0.4ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17/10 | Lyrica | BID | PO | 2mg | 0.6ml | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| | Cannex (3.5ml) | 24h | PO | – | 0.7ml | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Meloxicam | 24h | SC | 0.1mg | 0.14ml | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18/10 | Lyrica | BD | PO | 2mg | 0.6ml | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| | Cannex (3.5ml) | 24h | PO | | 0.7ml | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Meloxicam 0.5 | 24h | SC | 0.1mg | 0.14ml | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19/10 | Lyrica | BID | PO | 2mg/kg | 0.6mL | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| | Meloxicam 5% | SID | SC | 0.1mg/kg | 0.2mL | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Cannex | SID | PO | | 0.7mL | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20/10 | Lyrica | BID | PO | 2mg/kg | 0.6mL | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| | Meloxicam | SID | SC | 0.1mg/kg | 0.1mL | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21/10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Lyrica | BID | VO | 2mg/kg | 0.6ml | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Meloxicam 5% | SID | SC | 0.1mg | 0.1ml | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

| PACIENTE: Rik | FECHA | FECHA | | FECHA | # HC 2952 | FECHA | | FECHA | FECHA | | | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 28sept | 29/09 | 01/10 | 02/10 | ARTICULO | 28sept | 29/09 | | | ARTICULO | 28sept | 29/09 | 30/09 | 2/10 |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | | LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | | TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | | LATA E/N CANINO 377 G | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | | LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BURETA 150 ML X UND | | | | | LATA HA CANINE X 377 GR | | | | | VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | | LLAVE DE TRES VIAS | | | | | VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | | MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | | VENOCLISIS MACROGOTEO | | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | | | | | MILPRO CACHORRO TAB | | | | | VENOCLISIS MICROGOTEO | | 1 | | |
| CATETER IV 22 AZUL | 1 | | | | OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | | VUWASORB APOSITO | | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | | | | | OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | | VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | | SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | | CITOLOGIA | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | 1 | 1 | 1 | 1 | SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | | ECOGRAFIA ABDOMINAL | | | | |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | | SOLUCION CLORURO X 100ML | | | | | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | | 1 | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCION CLORURO X 500ML | | | | | HEMOGRAMA UAM | 1 | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | | 1 | | | HIDRATACION | | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | | SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | | HISTOPATOLOGIA | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | | | | | SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | | HOSPITALIZACION | 1 | 1 | 1 | 1 |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | NEBULIZACION | | | | |
| FCO GOTERO X ____ ML | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | | SONDA URINARIA FELINO | | | | | SERVICIOS Y OTROS | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | | | SUPRASOB A COMPRESA | | | | | Propofol fco | | 1 | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | | | | | SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | | sedación | | 1 | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | | SUT. POLIDIOXANONA # | | | | | Nexgard 4-10kg | | | 1 | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | | SUT. POLIGALACTINA # | | | | | Rx adicional | | | | 2 |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | | SUTURA N/A # | | | | | | | | | |
| JERINGA 1 ML | 2 | | | | TAPON HEPARINIZADO | 1 | | | | | | | | |
| JERINGA 10 ML | | | | | TEST DE FLUORESCEINA | | | | | | | | | |
| JERINGA 20 ML | | | | | TEST DE LEUCEMIA | | | | | | | | | |
| JERINGA 2-3 ML | | 1 | 1 | 1 | TEST DE MOQUILLO | 1 | | | | | | | | |
| JERINGA 5 ML | | | | | TEST DE PARVOVIRUS | 1 | | | | | | | | |
| JERINGA 50 ML | | | | | TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | | | | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | | TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt | | | | | | | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | | TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | | | | | | |

# C TROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZAL

| PACIENTE: | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | # HC | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 30ct | 04/10 | 05/10 | 06/10 | ARTICULO | | | | | ARTICULO | 03/10 | 04/10 | 05/10 | 06/10 |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | | LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | | TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | | LATA E/N CANINO 377 G | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | | LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BURETA 150 ML X UND | | | | | LATA HA CANINE X 377 GR | | | | | VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | | LLAVE DE TRES VIAS | | | | | VENDA TELA O GASA 4XS UND | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | | MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | | VENOCLISIS MACROGOTEO | | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | | | | | MILPRO CACHORRO TAB | | | | | VENOCLISIS MICROGOTEO | | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | | | | | OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | | VLIWASORB APOSITO | | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | | | | | OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | | VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | | SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | | CITOLOGIA | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | 1 | 1 | 1 | 1 | SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | | ECOGRAFIA ABDOMINAL | | | | |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | | SOLUCION CLORURO X 100ML | | | | | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCION CLORURO X 500ML | | | | | HEMOGRAMA UAM | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | | | | | HIDRATACION | | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | | SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | | HISTOPATOLOGIA | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | | | | | SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | | HOSPITALIZACION | 1 | 1 | 1 | 1 |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | NEBULIZACION | | | | |
| FCO GOTERO X ____ ML | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | | SONDA URINARIA FELINO | | | | | **SERVICIOS Y OTROS** | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | | | SUPRASOB A COMPRESA | | | | | Suero | 1 | | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | | | | | SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | | Cefalotina | | | | 1 |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | | SUT. POLIDIOXANONA # | | | | | hospital 07/10 | 1 | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | | SUT. POLIGALACTINA # | | | | | Consumible 07/10 | 1 | | | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | | SUTURA N/A # | | | | | hospital 08/10 | 1 | | | |
| JERINGA 1 ML | 1 | | | | TAPON HEPARINIZADO | | | | | Consumible 08/10 | 1 | | | |
| JERINGA 10 ML | | | | | TEST DE FLUORESCEINA | | | | | Placa adicional | | | | 2. |
| JERINGA 20 ML | | | | | TEST DE LEUCEMIA | | | | | hospital 09/10 | 1 | | | |
| JERINGA 2-3 ML | 2 | | | | TEST DE MOQUILLO | | | | | Consumible 09/10 | 1 | | | |
| JERINGA 5 ML | | | | | TEST DE PARVOVIRUS | | | | | Consumible 10/10 | 1 | | | |
| JERINGA 50 ML | | | | | TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | | Hospital 10/10 | 1 | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | | TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt | | | | | hospi 14/10 | 1 | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | | TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | | consum 14/10 | 1 | | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

| PACIENTE: R. Fs | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | # HC | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 16/10 | 17/10 | 18/10 | 19/10 | ARTICULO | | | | | ARTICULO | 16 oct. | 17/10 | 18/10 | 19/10 |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | | LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | | TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | | LATA E/N CANINO 377 G | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | | LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BURETA 150 ML X UND | | | | | LATA HA CANINE X 377 GR | | | | | VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | | LLAVE DE TRES VIAS | | | | | VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | | MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | | VENOCLISIS MACROGOTEO | | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | | | | | MILPRO CACHORRO TAB | | | | | VENOCLISIS MICROGOTEO | | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | | | | | OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | | VLIWASORB APOSITO | | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | | | | | OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | | VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | | SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | | **CITOLOGIA** | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | 1 | 1 | | | SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | | **ECOGRAFIA ABDOMINAL** | | | | |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | | SOLUCION CLORURO X 100ML | | | | | **ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE** | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCION CLORURO X 500ML | | | | | **HEMOGRAMA UAM** | 1 | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | | | | | **HIDRATACION** | | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | | SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | | **HISTOPATOLOGIA** | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | | | | | SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | | **HOSPITALIZACION** | 1 | 1 | 1 | 1 |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | **NEBULIZACION** | | | | |
| FCO GOTERO X ____ ML | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | **REPORTE RADIOGRAFICO** | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | | SONDA URINARIA FELINO | | | | | **SERVICIOS Y OTROS** | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | | | SUPRASOB A COMPRESA | | | | | Consumible 20/10 | 1 | | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | | | | | SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | | hospital 20/10 | 1 | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | | SUT. POLIDIOXANONA # | | | | | | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | | SUT. POLIGALACTINA # | | | | | | | | | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | | SUTURA N/A # | | | | | | | | | |
| JERINGA 1 ML | | 1 | | 1 | TAPON HEPARINIZADO | | | | | | | | | |
| JERINGA 10 ML | | | | | TEST DE FLUORESCEINA | | | | | | | | | |
| JERINGA 20 ML | | | | | TEST DE LEUCEMIA | | | | | | | | | |
| JERINGA 2-3 ML | 1 | 1 | 1 | | TEST DE MOQUILLO | | | | | | | | | |
| JERINGA 5 ML | | | | | TEST DE PARVOVIRUS | | | | | | | | | |
| JERINGA 50 ML | | | | | TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | | | | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | | TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt | | | | | | | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | | TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | | | | | | |

# C ITROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZA

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

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## FORMULARIO DE MONITORIZACIÓN ANESTÉSICA DEL PACIENTE QUIRUGICO

Procedimiento (s): Histerectomia de fines. Paciente: Kitty HC: _____ Fecha: 01/6/24

Diagnostico: Piometra Canino: X Felino: ___ Raza: MX Peso (kg): 5,8 Kg.

Temperatura: 38,1 Fc: 110 Fr: 32 Pulso: fc Mucosas: Rosa # Catéter: 22 ASA: II

| PREMEDICACIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Profesional Encargado: | | Rotante: | | Tipo de liquidos: |
| Medicamento *nombre/concentracion | Dosis (mg/kg) | Dosis (ml) | Vía de admin | Hora de aplicación |
| Butorfanol | 3 mg | 0,3 ml | I.V | 5:15 |
| D.Torbugesic | 0,1 mg | 0,1 ml | I.V | 5:15 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| INDUCCIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Profesional Encargado: | | Rotante: | | Tipo de liquidos: |
| Medicamento *nombre/concentracion | Dosis (mg/kg) | Dosis (ml) | Vía de admin | Hora de aplicación |
| Ketamina | 3 mg. | 0,5 ml | I.V | 5:15 |
| midazolam | 0,1 mg | 0,5 ml | I.V | |
| | | | | |

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

| ALTERACIONES Y/O COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO | | |
|---|---|---|
| Tipo de Complicación | Hora | Observaciones |
| | | |
| | | |
| | | |

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## MANTENIMIENTO ANESTESICO

**MV en anestesia:** _____ **MV cirujano:** _____ **Estudiante:** _____

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

| Minutos | 5" | 10" | 15" | 20" | 25" | 30" | 35" | 40" | 45" | 50" | 55" | 60" | 65" | 70" | 75" | 80" |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hora | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ISO% | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O2 L/m | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FC | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FR | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T°C | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SpO2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pulso | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fluidos ml/h | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBS. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

# SOLICITUD DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA CIRUGIA Y PROCEDIMEINTOS

FECHA 01/10/2024 PACIENTE Rita HC PROCEDIMIENTO Cx Ortopedia

| ARTICULO | S | D | U |
|---|---|---|---|
| *19 AGUJA ESPINOCAN 20G X 3 1/2 | | | |
| *19 AGUJA HIPODERMICA 18G 1 1/2 | | | |
| *19 AGUJA HIPODERMICA 21G 1 1/2 | | | |
| *19 AGUJA HIPODERMICA 23G X 1 | | | |
| *19 ARENA PARA GATOS X LB | | | |
| *19 BAILARINAS X UNIDAD | | | |
| *19 BATA BLANCA DESECHABLE MANGA LARGA | | | |
| *19 BATAS AZUL PACIENTE PUÑO RIB UNIDAD | 2 | | |
| *19 CAMPO ESTERIL CERRADO 0,80/0,80 | 1 | | |
| *19 COPITO MADERA ESTERIL UND | | | |
| *19 COPITOS DE MADERA X UND | | | |
| *19 CUCHILLA BISTURI #10 UD | | | |
| *19 CUCHILLA BISTURI #15 UNIDAD | | | |
| *19 CUCHILLA BISTURI #21 UND | | | |
| *19 CUCHILLA MINORA CAJA X 5 UND | | | |
| *19 FRASCO GOTERO X 10 ML | | | |
| *19 FRASCO GOTERO X 120 ML | | | |
| *19 FRASCO GOTERO X 60 ML | | | |
| *19 FRASCO RECOLECTOR ORINA | | | |
| GORROS CIRUGÍA DESECHABLES UNIDAD* | | | |
| GUANTES QUIRÚRGICOS 6,5 PAQUETE X 2 | 1 | | |
| *19 GUANTES QUIRÚRGICOS 7,5 PAQUETE X 2 | 1 | | |
| *19 GUANTES QUIRÚRGICOS 8,5 PAQUETE X 2 | | | |
| *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD | | | |
| *19 JERINGA 10 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD | 1 | | |
| *19 JERINGA 3/3 ML X 1 UND | 1 | | |
| *19 JERINGA 20 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD | | | |
| *19 JERINGA 5 ML 23G X 1 1/2 UNIDAD | 1 | | |
| *19 JERINGA 50 ML UNIDAD | | | |
| *19 JERINGA 60 ML PUNTA CATETER | | | |
| *19 KIT DE NEBULIZACION PEDIATRICO | | | |
| *19 LAPIZ ELECTROBISTURI | 1 | | |
| *19 LLAVE DE TRES VIAS | | | |
| *19 POLAINAS DESECHABLES PAR | | | |
| *19 PUNCH PARA BIOPSIA 3 MM | | | |
| *19 TAPABOCAS FLAST X UNIDAD | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 2 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 2.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.0 | 1 | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 5.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 5.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 7.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 7.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 8.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 8.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 9.0 | | | |
| *AGUJA ESTERIL X 500M | | | |
| *BURETA 150 ML X UND | | | |
| *CANULA NASAL DE OXIGENO ADULTO | | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 18 | | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 20 ROSADO | | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL | | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 24 AMARILLO | | | |
| *COMPRESA ESTERIL 45X45 | 1 | | |
| *EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD | | | |
| *EXTENCION PARA ANESTAESIA ADULTO | | | |
| *FCO PROPOFOL 1% VIAL X 20ML | | | |
| *OXIGENO MEDICINAL A 2L/MIN X HORA (PARED) | | | |
| *OXIGENO MEDICINAL A 4L/MIN X HORA (PARED) | | | |
| *SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | |
| *SOLUCION CLORURO D SODIO X 100ML | | | |

| ARTICULO | S | D | U |
|---|---|---|---|
| *SOLUCION CLORURO D SODIO X 500ML | | | |
| *SOLUCION OSMORIN MANITOL 20% X 500 ML | | | |
| *SOLUCIÓN DEXTROSA AL 5% X 500 ML | | | |
| *SOLUCIÓN DEXTROSA AL 50% X 1 ML | | | |
| *SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N10 | | | |
| SONDA FOLEY 2 VIAS N20 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #14 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #16 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #18 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #6 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #8 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 10 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 12 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 14 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 16 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 18 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 20 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 4 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 6 | | | |
| *SONDA FOLEY 3 VIAS N12 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N14 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N16 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N18 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N22 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #10 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #12 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 8 | | | |
| *SONDA URINARIA FELINO X UND | | | |
| *SUPRASOB A COMPRESA | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 0 | 1 | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 1 | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 2-0 | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 3-0 | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 5-0 | | | |
| *SUTURA A. POLIDIOXANONA 2-0 | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 1 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 2-0 (UNIDAD) | 1 | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 3-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 4-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 2-0 (UNIDAD) | 1 | | |
| *SUTURA N/A 3-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 4-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 5-0 (UNIDAD) | | | |
| *TAPON HEPARINIZADO UND | | | |
| *TEST DE FLUORESCEINA OFTALMICO | | | |
| *TEST DE SCHIMER OFTALMICO TIRILLA UND | | | |
| *TG RX VENDA TUBULAR ELASTICA X METRO | | | |
| *VENDA CORAN PET-FLEX 10 X 4,5 TS | | | |
| *VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | |
| *VENOCLISIS MACROGOTEO | | | |
| *VENOCLISIS MICROGOTEO | | | |
| *VULMASORB APOSITO | | | |
| *ADRENALINA INY X ML | | | |
| *ATROPINA SUSP INY X 1 ML | | | |
| *BUTORRIN INY X ML | | | |
| *CORDINA SUSP INY X ML | | | |
| *COLIVET INYECTABLE X ML | | | |
| *CONVERMA SUSP INY X ML | | | |
| *DEXAMETASONA 8MG/2ML | | | |
| *DIKMUEDETOMIDINA INY X ML | | | |
| *DUPLOCELLINA LA SUSP INY X ML | | | |
| *EDO ATP SUSP INY X ML | | | |
| *EFINEFRINA INY AMPLL 1 MG / ML | | | |

| MEDICAMENTOS | S | D | U |
|---|---|---|---|
| *EUTHAMOX INY X ML | | | |
| *FENTANILO 0.05 MG/ML x dosis (AMP 10 ML) | | | |
| *FENTANILO 0.1 MG/2ML x dosis (AMP 2 ML) | | | |
| *ISOFLUORANO RECARGA | | | |
| *KAVITEX F1 | | | |
| *KETAMINA INY DOSIS X ML | | | |
| *MANITOL 20% X ML | | | |
| *MELODOL INY 0,5% X ML | | | |
| *MELOXIC INY 2% X ML | | | |
| *MIDAZOLAM INY X ML | | | |
| *MULTIBIO INY X ML | | | |
| *OMEPRAZOL AMP X 40 MG/ML | | | |
| *ONDANSETRON AMPLL 8 MG/ML | | | |
| *OXITOCINA DOSIS X ML | | | |
| *PENTHAL INY X ML | | | |
| *PROCAINA INY X ML | | | |
| *PROPOFOL INY 1% DOSIS X ML | | | |
| *QUERCETOL INY 4ML | | | |
| *RANIGIN INY X ML | | | |
| *RESURRAM INY DOSIS X ML | | | |
| *ROXICAINA INY DOSIS X ML | | | |
| *TRAMADOL 50MG/ML AMPLL X 2 ML | | | |
| *TRANQUILAN INY X ML | | | |
| *VETRISTAM INY X ML | | | |
| *XILASYNA 2% INY DOSIS X ML | | | |
| *ZOLETIL INY X ML | | | |
| *HEPARINA SODICA 5000 UI/ML X ML | | | |
| Kelco intravenoso | 2.0 | | |

Observaciones:

Suministra:

Devuelve:

Carga cuenta:

*S suministrados o alistados

*D Devueltos o no usados

*U utilizados = S-D

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## FORMULARIO DE MONITORIZACIÓN ANESTÉSICA DEL PACIENTE QUIRUGICO

Procedimiento (s): _____ Paciente: Rata HC: _____ **Fecha:** 16/10/24

Diagnostico: ovh Canino: X Felino: ___ Raza: mx **Peso (kg):** 6.9 kg

Temperatura: 30.5 Fc: 120 Fr: 32 Pulso: fc Mucosas: Rosa # Catéter: 22 **ASA:** I

| PREMEDICACIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Profesional Encargado:** | | **Rotante:** | **Tipo de líquidos:** | |
| **Medicamento** *nombre/concentracion | **Dosis (mg/kg)** | **Dosis (ml)** | **Vía de admin** | **Hora de aplicación** |
| Dex-d.Tuden | 5 mg. | 0,6 ml | I.V | 9:35 |
| K.T | 3 mg. | 0,4 ml | I.V | 9:35 |
| nuloxon. | 0.2 mg | 0,28 ml | I.C | 9:35 |
| Tradol | 3 mg. | 0,9 ml | I.V | |
| | | | | |

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

| INDUCCIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Profesional Encargado:** | | **Rotante:** | **Tipo de líquidos:** | |
| **Medicamento** *nombre/concentracion | **Dosis (mg/kg)** | **Dosis (ml)** | **Vía de admin** | **Hora de aplicación** |
| propofol | 4mg | 3 ml | I.V | 9:35 |
| | | | | |
| | | | | |

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

| ALTERACIONES Y/O COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO | | |
|---|---|---|
| **Tipo de Complicación** | **Hora** | **Observaciones** |
| | | |
| | | |
| | | |

# Clí. ca Veterinaria Visión de las Aı. éricas

## MANTENIMIENTO ANESTESICO

**MV en anestesia:** _____ **MV cirujano:** _____ **Estudiante:** _____

**Hora de inicio cirugia:** _____ **Hora de finalización cirugia:** _____

| Minutos | 5" | 10" | 15" | 20" | 25" | 30" | 35" | 40" | 45" | 50" | 55" | 60" | 65" | 70" | 75" | 80" |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hora | 9.00 | 9:15 | 9:30 | 9:55 | 10:00 | 10:05 | | | | | | | | | | |
| ISO% | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | | | | | | | |
| O2 L/m | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | |
| FC | 110 | 110 | 1120 | 115 | 114 | 113 | | | | | | | | | | |
| FR | 12 | 12 | 8 | 8 | 8 | 8. | | | | | | | | | | |
| T°C | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SpO2 | 100 | 100 | 100 | 98 | 98 | 98. | | | | | | | | | | |
| Pulso | fc | " | " | " | " | " | | | | | | | | | | |
| Fluidos ml/h | - | — | - | — | — | - | | | | | | | | | | |
| PA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBS. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

# SOLICITUD DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA CIRUGIA Y PROCEDIMEINTOS

FECHA 16/6/2024 | PACIENTE Rita | HC 2952 | PROCEDIMIENTO OVH

| ARTICULO | S | D | U |
|---|---|---|---|
| *19 AGUJA ESPINOCAN 20G X 3 1/2 | | | |
| *19 AGUJA HIPODERMICA 18G 1 1/2 | | | |
| *19 AGUJA HIPODERMICA 21G 1 1/2 | | | |
| *19 AGUJA HIPODERMICA 23G X 1 | | | |
| *19 ARENA PARA GATOS X LB | | | |
| *19 BAJALENGUAS X UNIDAD | | | |
| *19 BATA BLANCA DESECHABLE MANGA LARGA | | | |
| *19 BATAS AZUL PACIENTE PUÑO RIB UNIDAD | | | |
| *19 CAMPO ESTERIL CERRADO 0,80/0,80 | 1 | 1 | |
| *19 COPITO MADERA ESTERIL UND | | | |
| *19 COPITOS DE MADERA X UND | | | |
| *19 CUCHILLA BISTURI #10 UD | | | |
| *19 CUCHILLA BISTURI #15 UNIDAD | 1 | | |
| *19 CUCHILLA BISTURI #21 UND | | | |
| *19 CUCHILLA MINORA CAJA X 5 UND | | | |
| *19 FRASCO GOTERO X 10 ML | | | |
| *19 FRASCO GOTERO X 120 ML | | | |
| *19 FRASCO GOTERO X 60 ML | | | |
| *19 FRASCO RECOLECTOR ORINA | | | |
| 1 GORROS CIRUGÍA DESECHABLES UNIDAD* | | | |
| 19 GUANTES QUIRÚRGICOS 6,5 PAQUETE X 2 | | | |
| *19 GUANTES QUIRÚRGICOS 7,5 PAQUETE X 2 | 1 | | |
| *19 GUANTES QUIRÚRGICOS 8,5 PAQUETE X 2 | | | |
| *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD | 1 | | |
| *19 JERINGA 10 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD | 1 | | |
| *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND | 1 | | |
| *19 JERINGA 20 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD | | | |
| *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD | 2 | | |
| *19 JERINGA 50 ML UNIDAD | | | |
| *19 JERINGA 60 ML PUNTA CATETER | | | |
| *19 KIT DE MICRONEBULIDACION PEDIATRICO | | | |
| *19 LAPIZ ELECTROBISTURI | | | |
| *19 LLAVE DE TRES VIAS | | | |
| *19 POLAINAS DESECHABLES PAR | | | |
| *19 PUNCH PARA BIOPSIA 3 MM | | | |
| *19 TAPABOCAS ELAST X UNIDAD | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 2 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 2.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 3.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 4.5 | 1 | | |
| 9 TUBO ENDOTRAQUEAL # 5.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 5.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 7.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 7.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 8.0 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 8.5 | | | |
| *19 TUBO ENDOTRAQUEAL # 9.0 | | | |
| *AGUA ESTERIL X 500M | | | |
| *BURETA 150 ML X UND | | | |
| *CANULA NASAL DE OXIGENO ADULTO | | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 18 | | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 20 ROSADO | | | |
| *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL | 1 | 1 | |
| *CATETER INTRAVENOSO 24 AMARILLO | 0 | | |
| *COMPRESA ESTERIL 45X45 | 6 | | |
| *EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD | | | |
| *EXTENCION PARA ANESTASIA ADULTO | | | |
| *FCO PROPOFOL 1% VIAL X 20ML | | | |
| *OXIGENO MEDICINAL A 2L/MIN X HORA (PARED) | | | |
| *OXIGENO MEDICINAL A 4L/MIN X HORA (PARED) | | | |
| *SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | |
| *SOLUCION CLORURO 0 SODIO X 100ML | | | |

| ARTICULO | S | D | U |
|---|---|---|---|
| *SOLUCIÓN CLORURO 0 SODIO X 500ML | | | |
| *SOLUCION OSMORIN MANITOL 20% X 500 ML | | | |
| *SOLUCIÓN DEXTROSA AL 5% X 500 ML | | | |
| *SOLUCIÓN DEXTROSA AL 50% X 1 ML | | | |
| *SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N30 | | | |
| SONDA FOLEY 2 VIAS N20 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #14 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #16 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #18 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #6 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #8 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 10 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 12 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 14 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 16 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 18 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 20 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 4 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 6 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N12 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N14 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N16 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N18 | | | |
| *SONDA FOLEY 2 VIAS N22 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #10 | | | |
| *SONDA LEVIN NASOGASTRICAS #12 | | | |
| *SONDA NELATHON NO 8 | | | |
| *SONDA URINARIA FELINO X UND | | | |
| *SUPRASOB A COMPRESA | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 0 | 1 | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 1 | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 2-0 | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 3-0 | | | |
| *SUTURA A. ACIDO POLIGLICOLICO 5-0 | | | |
| *SUTURA A. POLIDIOXANONA 2-0 | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 1 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 2-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 3-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA A. POLIGALACTINA 4-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 2-0 (UNIDAD) | 1 | | |
| *SUTURA N/A 3-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 4-0 (UNIDAD) | | | |
| *SUTURA N/A 5-0 (UNIDAD) | | | |
| *TAPON HEPARINIZADO UND | 1+3 | | |
| *TEST DE FLUORESCEINA OFTALMICO | | | |
| *TEST DE SCHIMER OFTALMICO TIRILLA UND | | | |
| *TG FDI VENDA TUBULAR ELASTICA X METRO | | | |
| *VENDA COBAN PET-FLEX 10 X 4,5 TS | | | |
| *VENDA TELA O GASA 4X5 UNO | | | |
| *VENOCLISIS MACROGOTEO | | | |
| *VENOCLISIS MICROGOTEO | | | |
| *VUWASORB APOSITO | | | |
| *ADRENALINA INY X ML | | | |
| *ATROPINA SUSP INY X 1 ML | | | |
| *BUTORMIN INY X ML | | | |
| *CEFAPINA SUSP INY X ML | | | |
| *COLIVET INYECTABLE X ML | | | |
| *CONVENIA SUSP INY X ML | | | |
| *DEXAMETASONA 8MG/2ML | | | |
| *DEXAMEDETOMIDINA INY X ML | | | |
| *DUPLOCILLINA LA SUSP INY X ML | | | |
| *EDO AT? SUSP INY X ML | | | |
| *EFINEFRINA INY AMPLL 1 MG / ML | | | |

| MEDICAMENTOS | S | D | U |
|---|---|---|---|
| *EUTHANEX INY X ML | | | |
| *FENTANILO 0.05 MG/ML x dosis (AMP 10 ML) | | | |
| *FENTANILO 0.1 MG/2ML x dosis (AMP 2 ML) | | | |
| *ISOFLUORANO RECARGA | | | |
| *KAVITEX F1 | | | |
| *KETAMINA INY DOSIS X ML | | | |
| *MANITOL 20% X ML | | | |
| *MELODOL INY 0,5% X ML | | | |
| *MELOXIC INY 2% X ML | | | |
| *MIDAZOLAM INY X ML | | | |
| *MULTIRIO INY X ML | | | |
| *OMEPRAZOL AMP X 40 MG/ML | | | |
| *ONDANSETRON AMPLL 8 MG/4L | | | |
| *OXITOCINA DOSIS X ML | | | |
| *PENTHAL INY X ML | | | |
| *PROCAINA INY X ML | | | |
| *PROPOFOL INY 1% DOSIS X ML | | | |
| *QUERCETOL INY 3ML | | | |
| *RANICIN INY X ML | | | |
| *RESUPRAM INY DOSIS X ML | | | |
| *RONCAINA INY DOSIS X ML | 1 ML | | |
| *TRAMADOL 50MG/ML AMPLL X 2 ML | | | |
| *TRANCELIAN INY X ML | | | |
| *VETHISTAM INY X ML | | | |
| *XILASYNA 2% INY DOSIS X ML | | | |
| *ZOLETIL INY X ML | | | |
| *HEPARINA SODICA 5000 UI/ML X ML | | | |
| Hemoglobina | 2 | | |
| Consulta ginecologia | 0 | | |
| plena adherencia | 2 | | |

Observaciones:

Suministra:

Devuelve:

Carga cuenta: Yolanda Cano.

*S suministrados o alistados

*D Devueltos o no usados

*U utilizados = S-D

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

RITA

ID del paciente: 2952

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 31/05/2024
Dueño: UKUMARY, CONVENIO

Sexo: Hembra
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

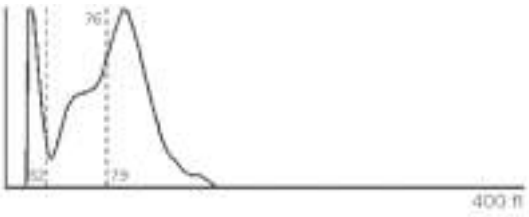
# Hematología

Fecha: 16/10/2024 09:11 AM  N° de serie del analizador: 360017749

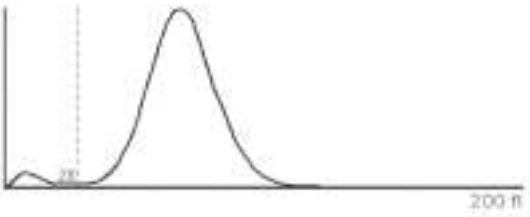
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| LEU<br>Leucocitos/Glóbulos blancos | 9.56<br>10^3/µl | | 6.0 | 17.0 |
| LIN<br>Linfocito | 3.30<br>10^3/µl | | 1.0 | 4.8 |
| MON<br>Monocito | 0.38<br>10^3/µl | | 0.2 | 1.5 |
| NEU<br>Neutrófilo | 5.72<br>10^3/µl | | 3.0 | 12.0 |
| EOS<br>Eosinófilo | 0.13<br>10^3/µl | | 0.0 | 0.8 |
| BAS<br>Basófilo | 0.03<br>10^3/µl | | 0.0 | 0.4 |
| LIN%<br>Linfocito (%) | 34.5<br>% | | | |
| MON%<br>Monocito (%) | 4.0<br>% | | | |
| NEU%<br>Neutrófilo (%) | 59.9<br>% | | | |
| EOS%<br>Eosinófilo (%) | 1.3<br>% | | | |
| BAS%<br>Basófilo (%) | 0.3<br>% | | | |
| ERI<br>Eritrocitos/Glóbulos rojos | 6.34<br>10^6/µl | | 5.5 | 8.5 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| Hb<br>Hemoglobina | 13.5<br>g/dl | | 12.0 | 18.0 |
| Hto<br>Hematocrito | 43.84<br>% | | 37.0 | 55.0 |
| VCM<br>Volumen corpuscular medio | 69<br>fl | | 60.0 | 77.0 |
| HCM<br>Hemoglobina corpuscular media | 21.4<br>pg | | 19.5 | 24.5 |
| CHCM<br>Concentración de HCM | 30.9<br>g/dl | BAJO | 31.0 | 39.0 |
| RDWc<br>Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 20.1<br>% | ALTO | 14.0 | 20.0 |
| RDWs<br>Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 46.1<br>fl | | | |
| PLT<br>Plaquetas | 160<br>10^3/µl | BAJO | 165.0 | 500.0 |
| VPM<br>Volumen plaquetario medio | 11.2<br>fl | ALTO | 3.9 | 11.1 |
| PCT<br>Plaquetocrito | 0.18<br>% | | | |
| PDWc<br>Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 39.3<br>% | | | |
| PDWs<br>Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 18.2<br>fl | | | |

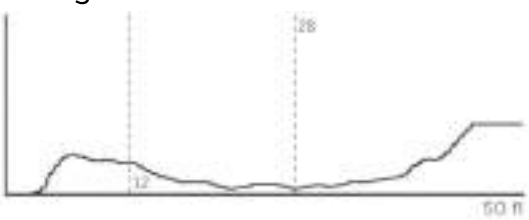
## Histograma: LEU




## Histograma: ERI




## Histograma: PLT

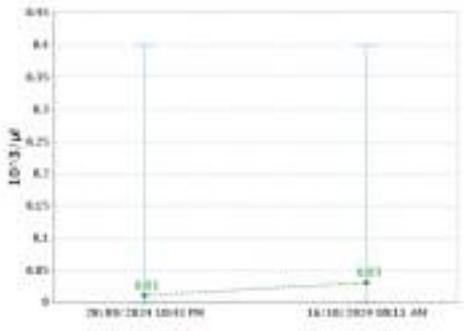



## Histograma: EOS

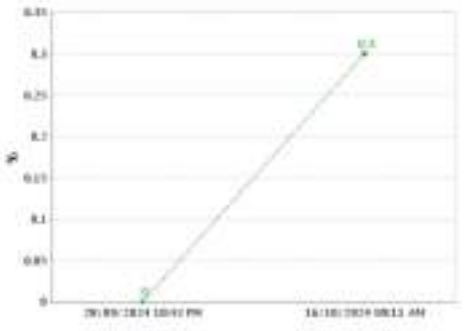


# Tendencias

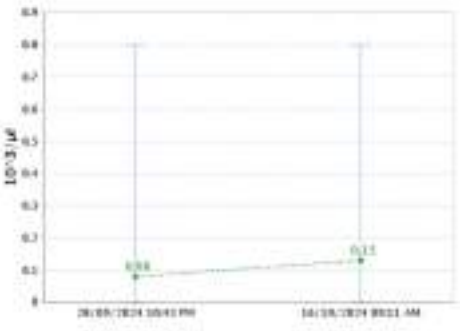
## BAS
Basófilo



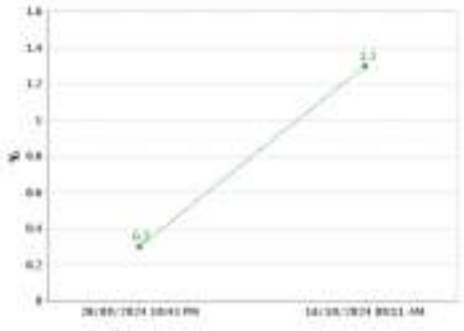
## BAS%
Basófilo (%)



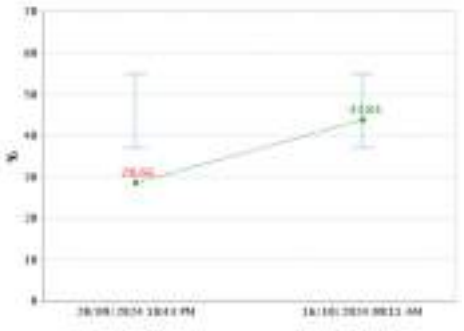
## EOS
Eosinófilo



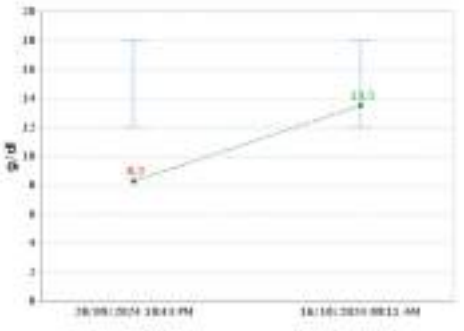
## EOS%
Eosinófilo (%)



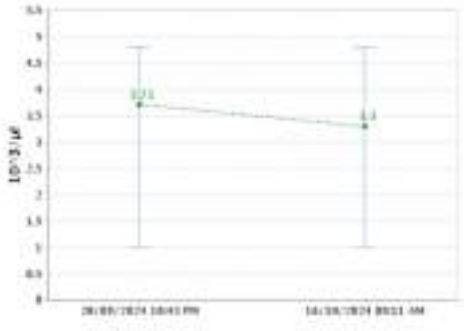
## Hto
Hematocrito



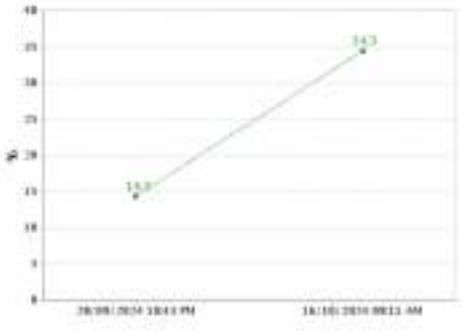
## Hb
Hemoglobina



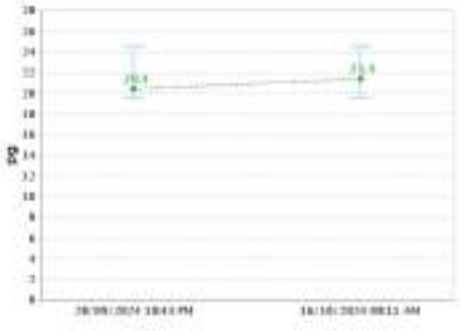
## LIN
Linfocito



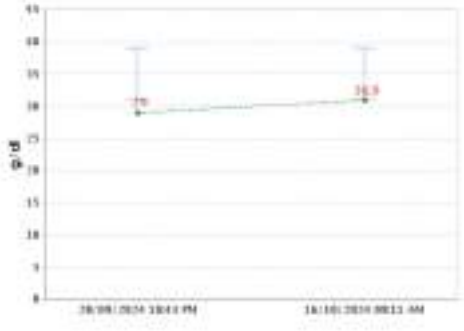
## LIN%
Linfocito (%)



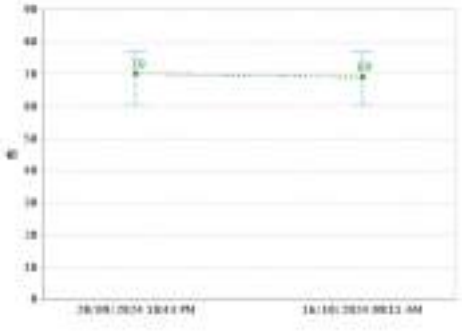
## HCM
Hemoglobina corpuscular media



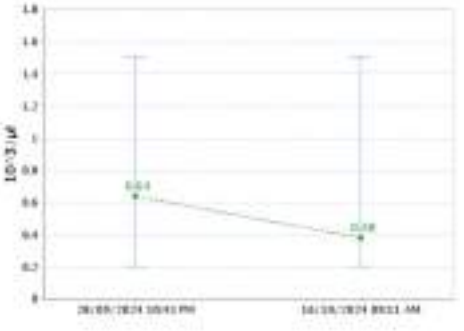
## CHCM
Concentración de HCM



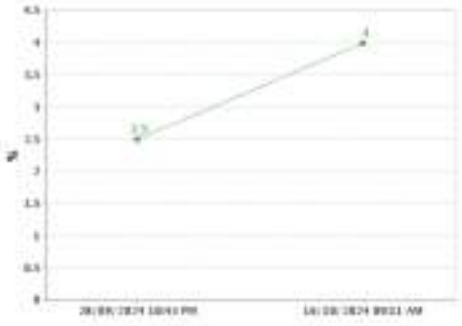
## VCM
Volumen corpuscular medio



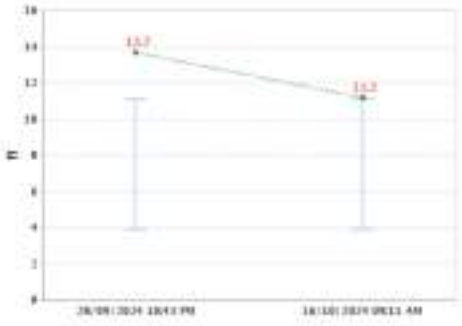
## MON
Monocito



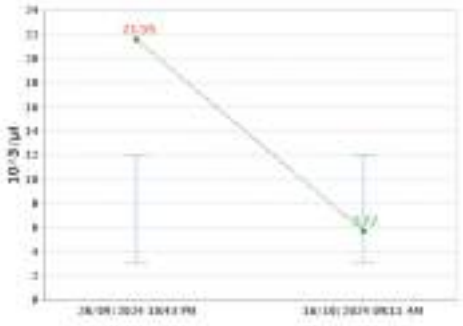
## MON%
Monocito (%)



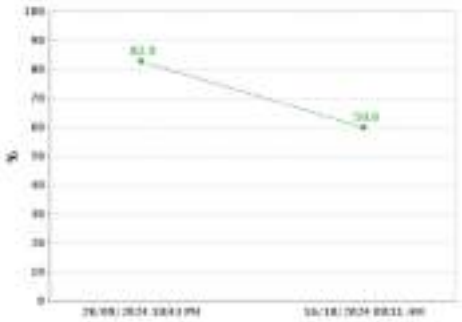
## VPM
Volumen plaquetario medio



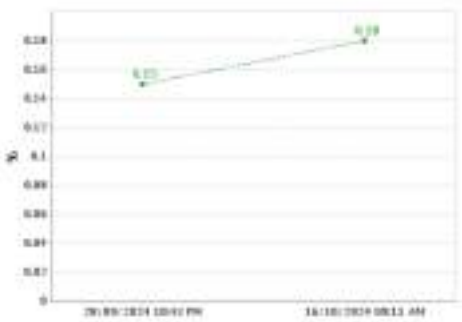
## NEU
Neutrófilo



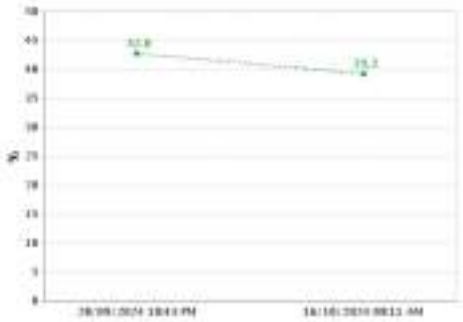
## NEU%
Neutrófilo (%)



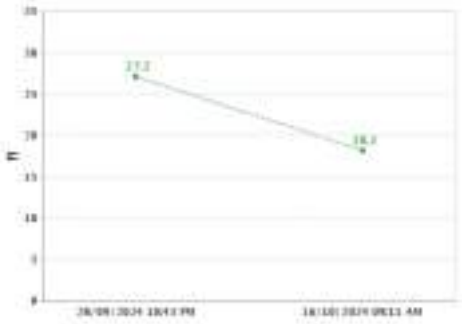
## PCT
Plaquetocrito



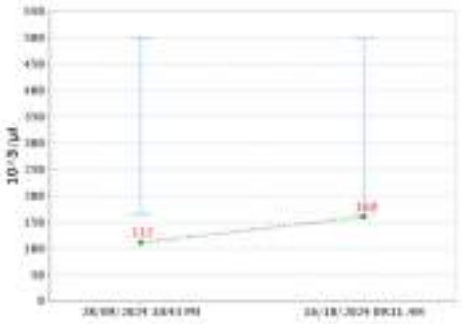
## PDWc
Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación



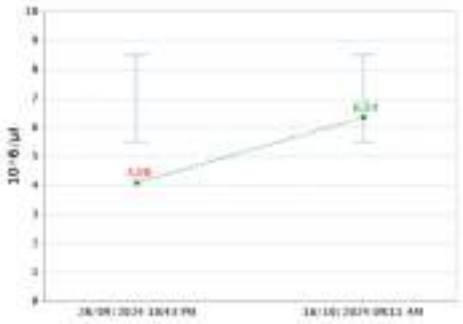
## PDWs
Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar



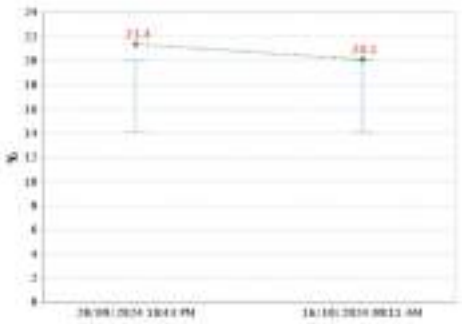
## PLT
Plaquetas



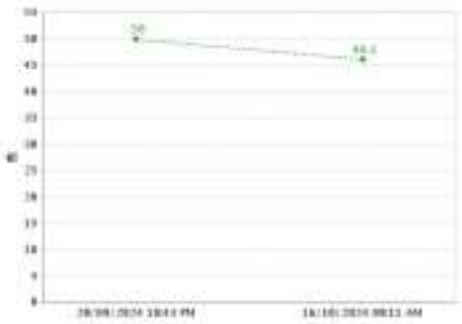
## ERI
Eritrocitos/Glóbulos rojos



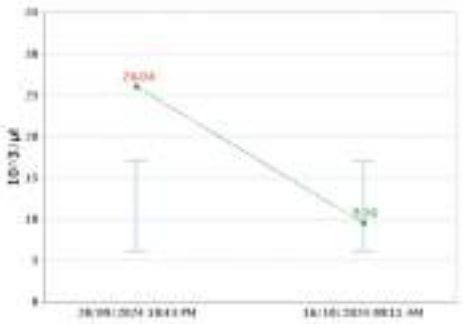
## RDWc
Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación



## RDWs
Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar



## LEU
Leucocitos/Glóbulos blancos



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

RITA

ID del paciente: 2952

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 31/05/2024
Dueño: UKUMARY, CONVENIO

Sexo: Hembra
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

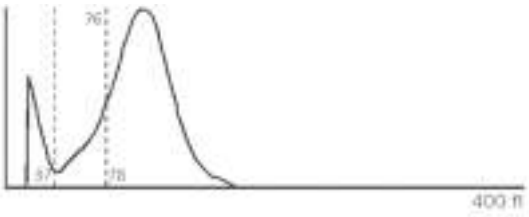
# Hematología

Fecha: 28/09/2024 10:43 PM  N° de serie del analizador: 360017749

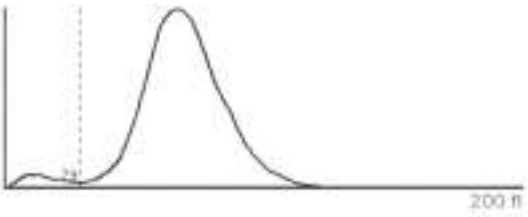
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **LEU** Leucocitos/Glóbulos blancos | 26.04 10^3/µl | ALTO | 6.0 | 17.0 |
| **LIN** Linfocito | 3.71 10^3/µl | | 1.0 | 4.8 |
| **MON** Monocito | 0.64 10^3/µl | | 0.2 | 1.5 |
| **NEU** Neutrófilo | 21.59 10^3/µl | ALTO | 3.0 | 12.0 |
| **EOS** Eosinófilo | 0.08 10^3/µl | | 0.0 | 0.8 |
| **BAS** Basófilo | 0.01 10^3/µl | | 0.0 | 0.4 |
| **LIN%** Linfocito (%) | 14.3 % | | | |
| **MON%** Monocito (%) | 2.5 % | | | |
| **NEU%** Neutrófilo (%) | 82.9 % | | | |
| **EOS%** Eosinófilo (%) | 0.3 % | | | |
| **BAS%** Basófilo (%) | 0.0 % | | | |
| **ERI** Eritrocitos/Glóbulos rojos | 4.08 10^6/µl | BAJO | 5.5 | 8.5 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **Hb** Hemoglobina | 8.3 g/dl | BAJO | 12.0 | 18.0 |
| **Hto** Hematocrito | 28.66 % | BAJO | 37.0 | 55.0 |
| **VCM** Volumen corpuscular medio | 70 fl | | 60.0 | 77.0 |
| **HCM** Hemoglobina corpuscular media | 20.4 pg | | 19.5 | 24.5 |
| **CHCM** Concentración de HCM | 29.0 g/dl | BAJO | 31.0 | 39.0 |
| **RDWc** Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 21.4 % | ALTO | 14.0 | 20.0 |
| **RDWs** Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 50.0 fl | | | |
| **PLT** Plaquetas | 112 10^3/µl | BAJO | 165.0 | 500.0 |
| **VPM** Volumen plaquetario medio | 13.7 fl | ALTO | 3.9 | 11.1 |
| **PCT** Plaquetocrito | 0.15 % | | | |
| **PDWc** Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 42.8 % | | | |
| **PDWs** Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 27.2 fl | | | |

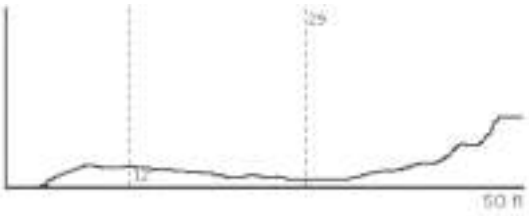
## Histograma: LEU



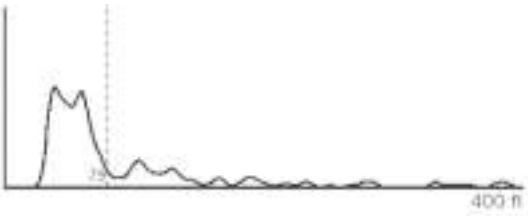

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT




## Histograma: EOS



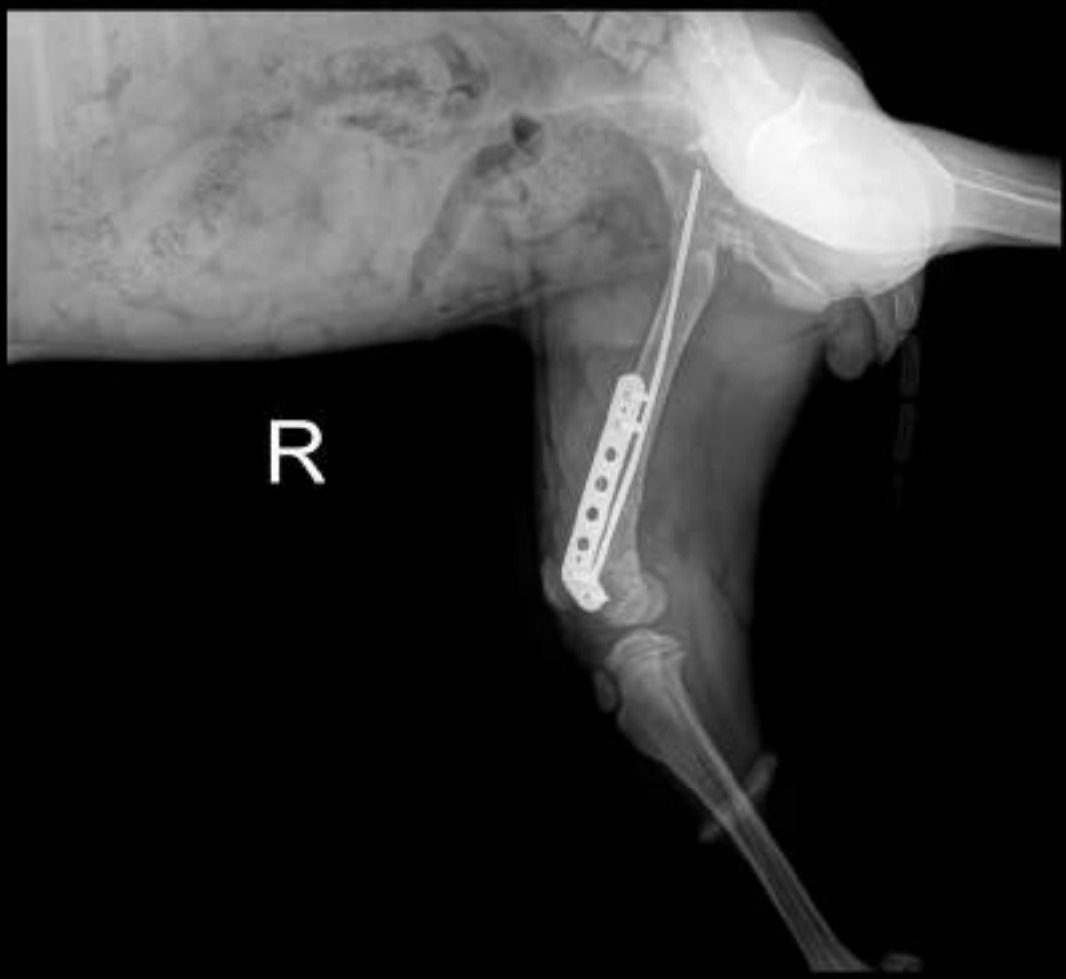

Img: 1
Anatomy: Articulacion de la Cadera
View: LAT
Lat: LH
W: 65534
L: 32768
LAT DER
Vet Rec: Ospina, Carlos
UKUMARI, RITA
Canino Mestiz
Acq Dt: 28/09/2024
Acq Tm: 23:44


Img: 2
Anatomy: Articulacion de la Cadera
View: LAT
Lat: RH
W: 65533
L: 32767.5
R
Vet Rec: Ospina, Carlos
UKUMARI, RITA
Canino Mestiz
Acq Dt: 28/09/2024
Acq Tm: 23:47


Img: 3
Anatomy: Pelvis
View: VD
Lat: U
W: 65534
L: 32768
MPD

Img: 4
Anatomy: Articulacion de la Cadera
View: LAT
Lat: LH
W: 65534
L: 32768

Vet Rec: Ospina, Carlos
UKUMARI, RITA
Canino Mestiz
Acq Dt: 01/10/2024
Acq Tm: 18:28




Img: 5
Anatomy: Articulacion de la Cadera
View: LAT
Lat: RH
W: 65534
L: 32768
Vet Rec: Ospina, Carlos
UAUMAR, RITA
Canino Mestiz
Acq Dt: 01/10/2024
Acq Tm: 18:29
R


Img: 6
Anatomy: Femur
View: LAT
Lat: RH
W: 65534
L: 32768
Vet Rec: Ospina, Carlos
UKUMARI, RITA
Canino Mestiz
Acq Dt: 16/10/2024
Acq Tm: 10:10

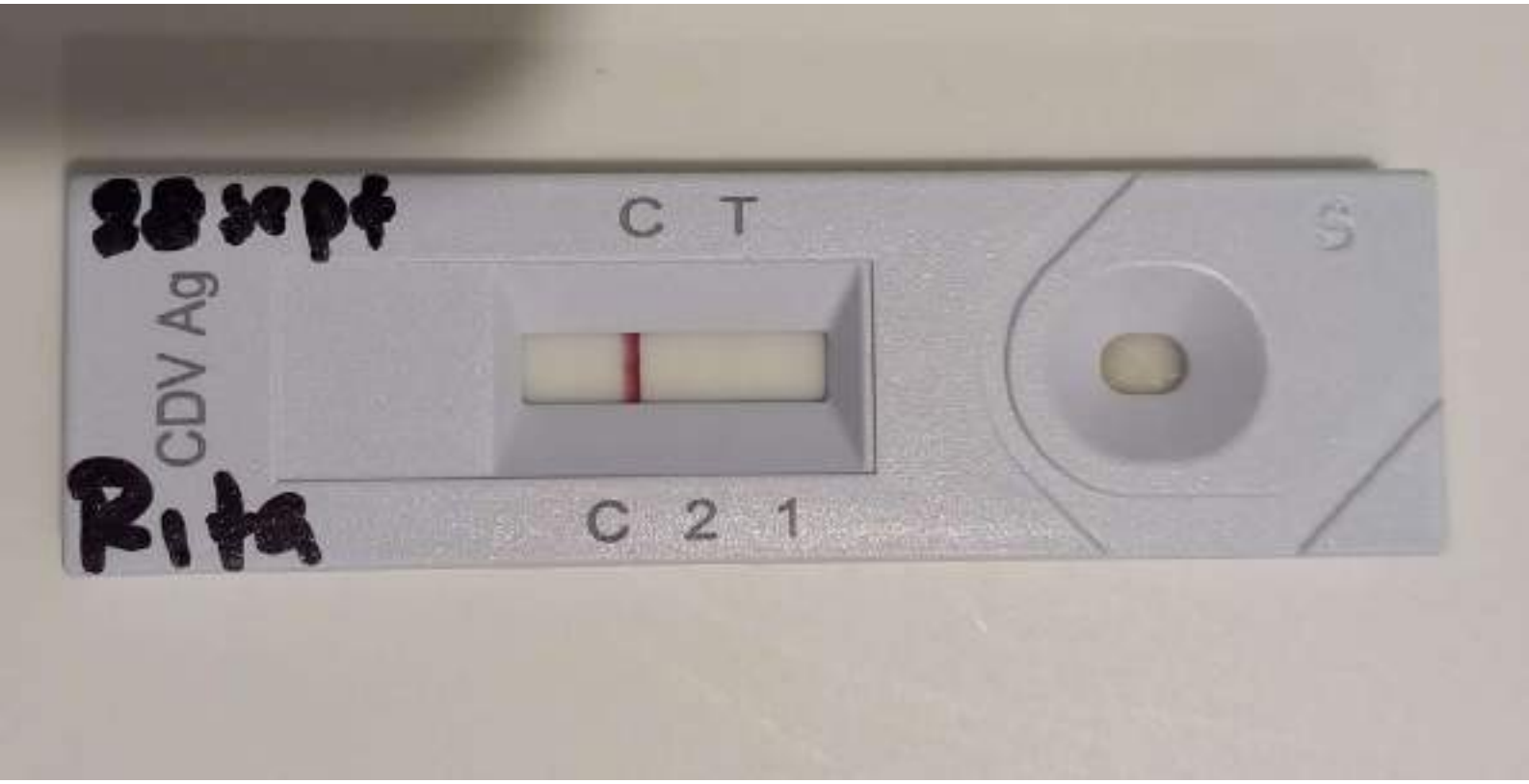

Img: 8
Anatomy: Femur
View: VD
Lat: RH
W: 65534
L: 32768
Vet Rec: Ospina, Carlos
UKUMARI, RITA
Canino Mestiz
Acq Dt: 16/10/2024
Acq Tm: 10:11
R

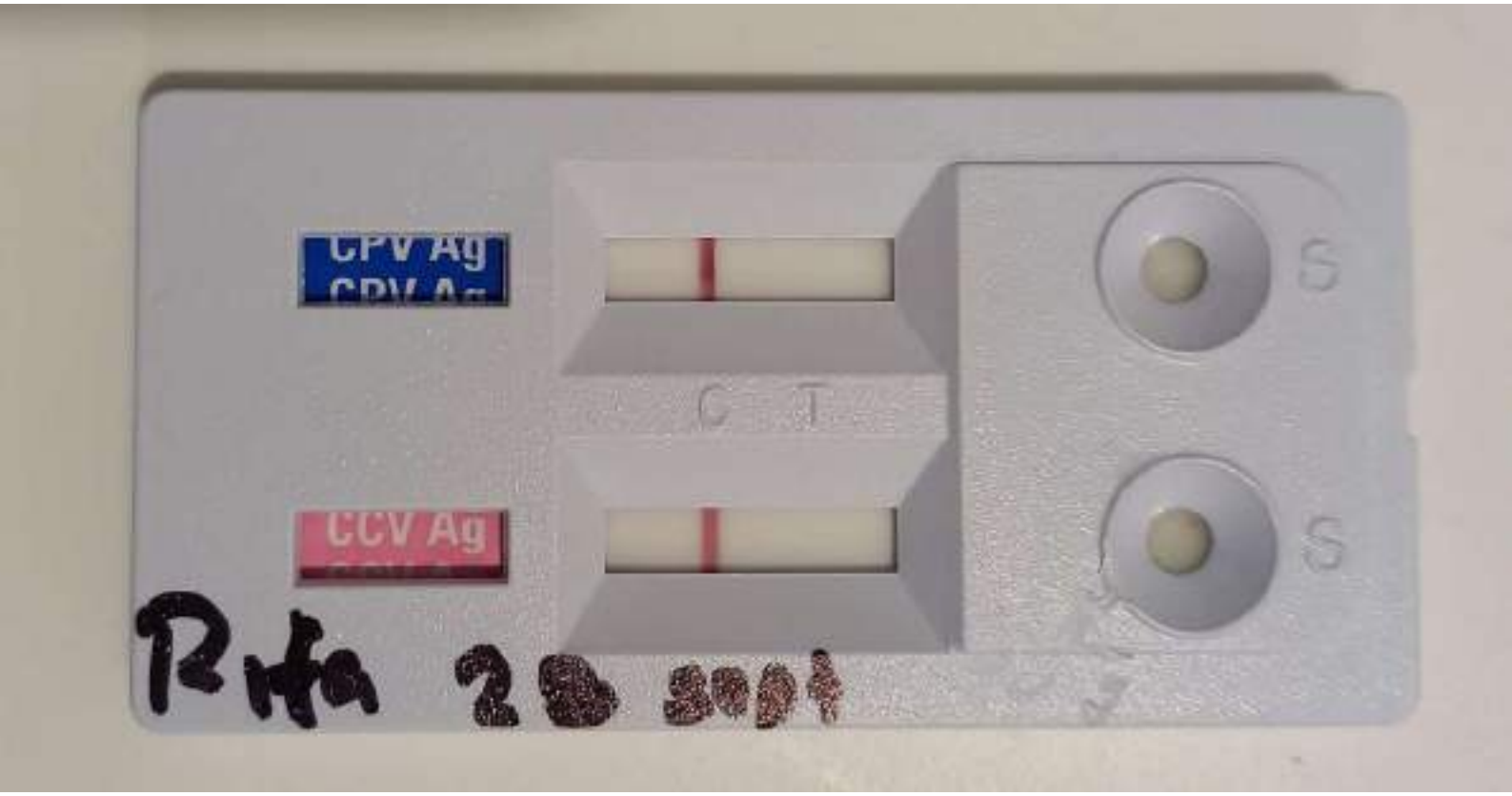



POL


UKUMARI^RITA|000Y|O
32-4113^RU900811423
2024-10-09|10:13:14
Canino, Mestiz|RH_Pata_LAT
kV:70.000000
mAs:3
BIOGENEC
Cuattro, LLC
ACC:7507107-000915
Srs:3
Img:1
10 cm
Zoom : 39.07%
WL : 32768
WW : 65534


UKUMARI^RITA|000Y|O
32-4113^RU900811423
2024-10-09|10:13:14
Canino, Mestiz|RH_Pata_DP
R
BIOGENEC
Cuattro, LLC
ACC:7507107-000915
Srs:2
Img:1
10 cm
kV:70.000000
mAs:3
Zoom : 41.71%
WL : 32768
WW : 65534


28 sept
CDV Ag
C T
S
C 2 1
Rita


CPV Ag
C T
S
CCV Ag
S
RHa 20 sept

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *30/10/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 105-ROKO
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 05/09/2024
Última Visita: 30/10/2024

Paciente: ROKO
Especie: CANINO
Raza: MESTIZO
Sexo: MACHO ENTERO
Pelaje:
Microchip:
Fecha de Nac.: 06/09/2021
Fecha de Alta: 05/09/2024
Última Visita: 09/09/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 05/09/2024 08:32:23 PM -- Atendido Por: AUXILIAR VETERINARIO
paciente es remitido por la red ukumari, ingresa con tutores
yeison estiven grisales bañol
cra 20 #21-b 18, providencia piso 2
3167868260-3226395843
100671423.

****** Fecha: 05/09/2024 08:34:46 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491

MOTIVO DE INGRESO: CONSULTA
Paciente ingresa remitido por convenio con UKUMARY, propietaria refiere que el ayer estaba con el ojo chiquito, esta mañana empezó a lagrimar todo el día, no lo había visto porque se mantuvo debajo de la cama todo el día, fue que escuchamos que empezó a llorar todo desesperado, y le vimos el ojo así.

****** Exámen Físico Fecha: 05/09/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: 39.2 °C -- Peso: 24.4 Kg. -- Pulso: f /minuto -- F.R.: 36 /minuto
Diagnóstico: AFECCION OCULAR
General: HIPODINAMICO, ATENTO AL MEDIO
Ojos - Orejas - Nariz - Garganta: OJO DERECHO CON BLEFATITIS, CONJUNTIVITIS, SECRESION VERDOSA, OJO IZQUIERDO SIN ALTERACION
Piel tegumento: SIN LESIONES APRENTES
Músculo esquelético: CC 6/7, DESPLAZAMIENTO NORMAL
Cardiovascular: MUCOSAS ROSAS, TLLC 2SEG,
Respiratorio: SIN SONIDOS ANORMALES
Gastrointestinal: SIN PRESNA NI DISTENSION ABDOMINAL
Neurológico: SLA
Linfático: LINFONODOS NO REACTIVOS
Tratamiento: Se administra dosis de MELOXICAM 0.2mg/kg.

Se explica que se debe descartar en primera instancia una ulcera corneal, para esto se debe realizar test de fluroceina,

se observa compromiso de ojo derecho con sospecha de posible glaucoma, se explica que por el momento no se puede determinar si pierde el ojo.

Por la inflamación severa que se observa no se puede evaluar el ojo, por lo que se recomendó continuar con gotas sin corticoide como el Tobramax por sospecha de posible ulcera corneal por unos 8 días, y manejo de la inflamación sistémica con meloxicam por 2 días mas.

Según evolución solicitar control para evaluar ojo y poder realizar test para descartar ulcera corneal.

*** Fecha: 05/09/2024 09:18:26 PM HEMOGRAMA
*** Fecha: 05/09/2024 09:21:46 PM FORMULA MEDICA
*** Fecha: 05/09/2024 09:31:01 PM BIOQUIMICA

****** Fecha: 09/09/2024 08:27:48 PM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente ingresa a control propietarios reportan que tiene gusanos desde ayer.

Reportan que el paciente está decaído y ha estado comiendo poco, no ha querido comer concentrado, solo caldo de hígados

****** Exámen Físico Fecha: 09/09/2024 -- Atendido Por:
General: DOCIL, DECAÍDO, APÁTICO AL MEDIO
Ojos - Orejas - Nariz - Garganta: MIASIS EN OJO IZQUIERDO CON LARVAS DE 3 A 4 DÍAS DE EVOLUCIÓN, SECRECIÓN SERO-SANGUINOLENAT CONSTANTE
Tratamiento: se explica que deben mantener el collar isabelino muy limpio para evitar que perdure el proceso infeccioso

SE SUMINISTRAR CAPSTAR 57MG(comprado por los propietarios)

Se explican que deberán ir el día de mañana a control en las instalaciones del CBA con el paciente en ayuno.

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 05/09/2024 TITULO: HEMOGRAMA
OTROS: ver adjuntos

FECHA: 05/09/2024 TITULO: FORMULA MEDICA

I) MELOXIC TAB 2mg .....#2 (uso veterinario)
Suministrar via oral 1 tableta cada 24 horas durante 2 dias consecutivos. Dar con estomago lleno.

II) TOBRAMAX GOTAS OFTAL x 5ml.....#1 (uso veterinario)
Aplicar de 1 a 2 gotas en el ojo derecho cada 6 horas (4 veces al dia) durante 8 dais consecutivos.

NOTA
* Se recomeinda valoracion oftalmologica.
* uso obligatorio de colalr isabelino por 8 dias.

_____
MVZ SANTIAGO PULGARIN J
MP: 47491

FECHA: 05/09/2024 TITULO: BIOQUIMICA
OTROS: ver adjuntos

# CTA. CTE.

*30/10/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 105-ROKO

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 05/09/2024 | *ROTOR CUIDADO PRENTIVO ALB,ALP,ALT,AST,BUN,CA,CL-,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+, TBIL,TC - Unit. $95000 - LAURA RENDON | 1.00 | 95000 | 0 | 95000 |
| 05/09/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - LAURA RENDON | 1.00 | 24300 | 0 | 119300 |
| 05/09/2024 | CONSULTA UAM NOCTURNA DOMINICAL O FESTIVO - Unit. $0 - LAURA RENDON | 1.00 | 0 | 0 | 119300 |
| 05/09/2024 | *MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - LAURA RENDON | 1.00 | 5200 | 0 | 124500 |
| 05/09/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - LAURA RENDON | 2.00 | 700 | 0 | 125200 |
| 05/09/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - LAURA RENDON | 1.00 | 500 | 0 | 125700 |
| 05/09/2024 | TOMA DE MUESTRA - Unit. $5000 - LAURA RENDON | 1.00 | 5000 | 0 | 130700 |

Moneda: $ **SALDO:** 130700

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

## REGISTRO DE ATENCION AMBULATORIA PARA PACIENTES REMITIDOS POR EL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO DEL MUNICIPIO DE PEREIRA

Yo, Jeison Steven Grisales, identificado con cedula de ciudadanía número 1004671473 de Dosquebradas certifico que POKO identificado/a con historia clínica número 2840, he recibido atención médica por parte de la clínica veterinaria visión de la Américas, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa.

Certifico que el/la paciente recibió durante su atención los siguientes servicios y productos:
ROTOR PREVENTIVO / HEMOGRAMA, LIMPIEZA.

y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de los mismos.

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

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

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 05 de 09 de 24

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

Jeison Steven Grisales
**Propietario/acudiente:**
CC: 1004671473
TEL: 3226395843

**Médico Veterinario:** Santiago P
Visión de las Américas
M.P: 44491

MP 27655

**Autoriza el servicio Hospital público veterinario**
Nombre: Andrea Trejos Baena
CC: 1053800768
Cargo: Directora medica

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

## REGISTRO DE ATENCION AMBULATORIA PARA PACIENTES REMITIDOS POR EL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO DEL MUNICIPIO DE PEREIRA

Yo, Jeisson Steven Grisales, identificado con cedula de ciudadanía número 1004691423 de Dosquebradas certifico que Roko identificado/a con historia clínica número 2840, he recibido atención médica por parte de la clínica veterinaria visión de la Américas, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa.

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

Control

y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de los mismos.

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

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

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 9 de Sept de 2024

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

Jeisson Steven Grisales
**Propietario/acudiente:**
CC: 1004691423
TEL: 3226395843

**Médico Veterinario:**
Visión de las Américas
M.P: 27655

MP 27655
**Autoriza el servicio Hospital público veterinario**
Nombre: Andrea Trejos Baena
CC: 1053800768
Cargo: Directora medica

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

zoetis

roko

ID del paciente: 2840

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

Sexo: Macho
Raza: PITBULL
Doctor: Desconocido/a

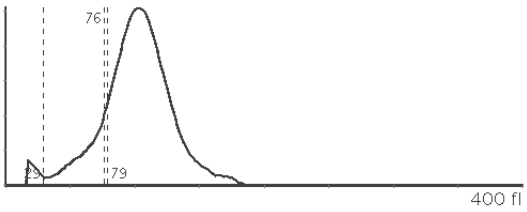
# Hematología

Fecha: 5/09/2024 08:59 PM  N° de serie del analizador: 360017749

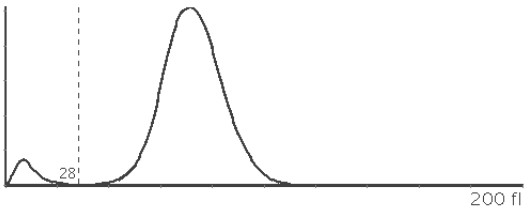
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **LEU** Leucocitos/Glóbulos blancos | 22.63 10^3/µl | ALTO | 6.0 | 17.0 |
| **LIN** Linfocito | 3.05 10^3/µl | | 1.0 | 4.8 |
| **MON** Monocito | 0.54 10^3/µl | | 0.2 | 1.5 |
| **NEU** Neutrófilo | 18.32 10^3/µl | ALTO | 3.0 | 12.0 |
| **EOS** Eosinófilo | 0.53 10^3/µl | | 0.0 | 0.8 |
| **BAS** Basófilo | 0.19 10^3/µl | | 0.0 | 0.4 |
| **LIN%** Linfocito (%) | 13.5 % | | | |
| **MON%** Monocito (%) | 2.4 % | | | |
| **NEU%** Neutrófilo (%) | 80.9 % | | | |
| **EOS%** Eosinófilo (%) | 2.3 % | | | |
| **BAS%** Basófilo (%) | 0.8 % | | | |
| **ERI** Eritrocitos/Glóbulos rojos | 6.89 10^6/µl | | 5.5 | 8.5 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **Hb** Hemoglobina | 16.4 g/dl | | 12.0 | 18.0 |
| **Hto** Hematocrito | 50.37 % | | 37.0 | 55.0 |
| **VCM** Volumen corpuscular medio | 73 fl | | 60.0 | 77.0 |
| **HCM** Hemoglobina corpuscular media | 23.8 pg | | 19.5 | 24.5 |
| **CHCM** Concentración de HCM | 32.5 g/dl | | 31.0 | 39.0 |
| **RDWc** Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 16.6 % | | 14.0 | 20.0 |
| **RDWs** Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 40.6 fl | | | |
| **PLT** Plaquetas | 270 10^3/µl | | 165.0 | 500.0 |
| **VPM** Volumen plaquetario medio | 8.7 fl | | 3.9 | 11.1 |
| **PCT** Plaquetocrito | 0.24 % | | | |
| **PDWc** Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 34.1 % | | | |
| **PDWs** Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 12.0 fl | | | |

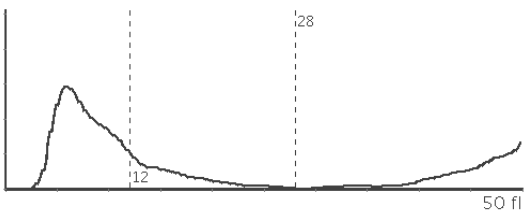
## Histograma: LEU



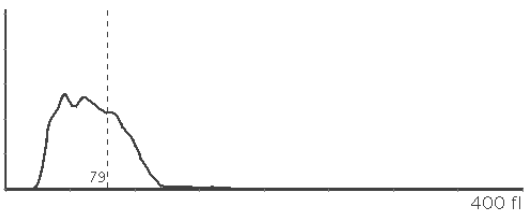

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT




## Histograma: EOS



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

roko

ID del paciente: 2840

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

Sexo: Macho
Raza: PITBULL
Doctor: Desconocido/a

# Preventive Care Profile Plus

Fecha: 5/09/2024 09:13 PM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 4192BE4

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **BUN**<br>Nitrógeno ureico en sangre | 6 *<br>mg/dL | BAJO | 7.0 – 25.0 | |
| **CRE**<br>Creatinina | 1.0<br>mg/dL | | 0.3 – 1.4 | |
| **ALT**<br>Alanina aminotransferasa | 43<br>U/L | | 10.0 – 118.0 | |
| **ALP**<br>Fosfatasa alcalina | 26<br>U/L | | 20.0 – 150.0 | |
| **AST**<br>Aspartato aminotransferasa | 35<br>U/L | | 14.0 – 45.0 | |
| **TBIL**<br>Bilirrubina total | 0.3<br>mg/dL | | 0.1 – 0.6 | |
| **GLU**<br>Glucosa | 108<br>mg/dL | | 60.0 – 110.0 | |
| **CA**<br>Calcio | 9.7<br>mg/dL | | 8.6 – 11.8 | |
| **TP**<br>Proteinas totales | 7.1<br>g/dL | | 5.4 – 8.2 | |
| **ALB**<br>Albúmina | 2.6<br>g/dL | | 2.5 – 4.4 | |
| **GLOB**<br>Globulina | 4.6<br>g/dL | | 2.3 – 5.2 | |
| **NA+**<br>Sodio | 138<br>mmol/L | | 138.0 – 160.0 | |
| **K+**<br>Potasio | 4.9<br>mmol/L | | 3.7 – 5.8 | |
| **CL-**<br>Cloruros | 112<br>mmol/L | | 95.0 – 119.0 | |
| **tCO2**<br>Dióxido de carbono total | 26<br>mmol/L | | 12.0 – 27.0 | |

Hemólisis
0

Lipemia
0

Ictericia
0









Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

**Fecha:** 16/09/2024. **Remitido por:** Stefanie Moncada B.

**Especie / Raza:** Felino / Mestizo. **Nombre:** Sabrina

**Diagnóstico presuntivo:** Fractura Femur - Líquido libre en abdomen

**Quién traslada nombre / Cédula:** Johan Arevalo.

T° 38

Paciente felina hembra ingresa a consulta por mordedura de perro, propietario refiere accidente el día 15/09/2024 en horas de la noche.

Se Sospecha posible fractura femur miembro posterior izquierdo. y líquido libre en abdomen.

Presenta Sangrado por vulva.

Se Solicita Rx. miembro posterior izquierdo latero lateral en comparativa miembro posterior derecho.

Rx torax. dorso ventral.

Ecografia abdomen total.

Cr 13 # 9-57.

**Firma de Profesional Veterinario**

Stefanie MB.

Nombres y Apellidos

MP: _____

**Firma del encargado**

Nombres y Apellidos

CC: _____

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *23/09/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 117-SABRINA
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 16/09/2024
Última Visita: 17/09/2024

Paciente: SABRINA
Especie: FELINO
Raza: MESTIZO
Sexo: HEMBRA CASTRADA
Pelaje:
Microchip:
Fecha de Nac.: 16/09/2022
Fecha de Alta: 16/09/2024
Última Visita: 17/09/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 16/09/2024 10:31:21 AM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
Ingresa paciente felino remitido por el hospital veterinario para toma de rayos x de MPI, rx de torax dorso ventral y ecografia abdominal total. Lo trae el tutor Jhohan Arevalo identificado con CC 1016037889

*** Fecha: 16/09/2024 10:52:44 AM HEMOGRAMA
*** Fecha: 16/09/2024 10:53:02 AM PREPARACION II
*** Fecha: 17/09/2024 02:27:30 AM ECOGRAFIA ABDOMINAL

Se entrega reporte a propietario y se indica que deben consultar en HPV para saber si autorizan procedimientos.

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 17/09/2024 TITULO: ECOGRAFIA ABDOMINAL
VER ARCHIVO ADJUNTO

FECHA: 16/09/2024 TITULO: HEMOGRAMA

FECHA: 16/09/2024 TITULO: PREPARACION II

# CTA. CTE.

*31/10/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 117-SABRINA

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 16/09/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $30000 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 30000 | 0 | 30000 |
| 16/09/2024 | *ROTOR CUIDADO PRENTIVO ALB,ALP,ALT,AST,BUN,CA,CL-,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+, TBIL,TC - Unit. $120000 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 120000 | 0 | 150000 |
| 16/09/2024 | *TRAMADOL 50MG/ML AMPLL - Unit. $3500 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 3500 | 0 | 153500 |
| 16/09/2024 | *DEXMEDETOMIDINA INY X ML - Unit. $11000 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 11000 | 0 | 164500 |
| 16/09/2024 | *PROPOFOL INY 1% DOSIS X ML - Unit. $9500 - DANIELA TRESPALACIOS | 3.00 | 28500 | 0 | 193000 |
| 16/09/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE (3 PLACAS) - Unit. $98500 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 98500 | 0 | 291500 |
| 16/09/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE VISTA ADICIONAL/CONTROL (1) - Unit. $27500 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 27500 | 0 | 319000 |
| 16/09/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 24 AMARILLO - UNIT. $3600 - DANIELA TRESPALACIOS | 2.00 | 7200 | 0 | 326200 |
| 16/09/2024 | *19 TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $550 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 550 | 0 | 326750 |
| 16/09/2024 | *TRAMADOL 50MG/ML AMPLL - Unit. $2800 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 2800 | 0 | 329550 |
| 16/09/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - ORLANDO LEMA | 2.00 | 1000 | 0 | 330550 |
| 16/09/2024 | *19 ECOGRAFIA ABDOMINAL - Unit. $110000 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 110000 | 0 | 440550 |
| 16/09/2024 | SEDACION PROCEDIMIENTO - UNIT. $40000 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 40000 | 0 | 480550 |
| 16/09/2024 | TOMA DE MUESTRA - Unit. $5000 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 5000 | 0 | 485550 |
| 16/09/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 5000 | 0 | 490550 |
| 16/09/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 5300 | 0 | 495850 |
| 16/09/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - ORLANDO LEMA | 2.00 | 1000 | 0 | 496850 |

Moneda: $

**SALDO:** 496850

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

**Fecha:** 16/09/2024. **Remitido por:** Stefanie Moncada B.

**Especie / Raza:** Felino / Mestizo. **Nombre:** Sabrina

**Diagnóstico presuntivo:** Fractura Femur - Liquido libre en abdomen

**Quién traslada nombre / Cédula:** Johan Arevalo.

T° 38

Paciente felina hembra ingresa a consulta por mordedura de perro, Propietario refiere accidente el día 15/09/2024 en horas de la noche.

Se Sospecha posible fractura femur miembro posterior izquierdo. y líquido libre en abdomen.

Presenta Sangrado por vulva.

Se Solicita Rx. miembro posterior izquierdo latero lateral en comparativa miembro posterior derecho.
Rx torax. dorso Ventral.
Ecografia abdomen total.

Cr 13 # 9-67.

**Firma de Profesional Veterinario**

Stefanie MPB.

Nombres y Apellidos
MP: _____

**Firma del encargado**

Nombres y Apellidos
CC: _____

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

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES REMITIDOS DEL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO

Yo Johan Arevalo identificado con cédula de ciudadanía número 1016037889 de Bogota. en calidad de responsable de Sabrina, especie Felino, raza DPC, sexo M___ H X, de 2 años años, con 4,2 Kg de peso e historia clínica número 2887. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del paciente, por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar su estado de salud.

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

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

- Parada Cardiorespiratoria
- Hipotermia.
- Hipotension.

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

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

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

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

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución. He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

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

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

En contraparte yo Pamela Trespalacios Ramirez con tarjeta profesional número 44747 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

**Nota: Quien firma como acudiente acepta ser el responsable por el paciente; En caso que el paciente no tenga acudiente el hospital público veterinario de la ciudad de Pereira será el único responsable y tomador de decisiones autorizado y será el encargado de ubicar un hogar o definir el destino final del paciente una vez completada su recuperación.**

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 16 de Septiembre del 2024.

x
**Tutor/Acudiente**
CC: 1016037889
Tel: 3242840713

**Médico Veterinario Visión de las Américas**
MP: 44747

En caso de pacientes sin acudiente por favor diligenciar la siguiente información:

| Lugar de procedencia o hallazgo | Descripción de los hechos |
|---|---|
| *Especificar sector/barrio/vereda<br>Cra 35 #73-06<br>Soures 4 | La vieron en la madrugada con sangre en la vulva con goticas y no apoya la patica izquierda. |

| Datos de quien entrega | | |
|---|---|---|
| **Nombre completo** | **Cedula** | **Teléfono** |
| | | |
| **Dirección:** | | |

MP 27655
**Autoriza el ingreso Hospital público veterinario**
Nombre: Andrea Trejos Baena
CC: 1053800768
Cargo: Directora medica

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

zoetis

SABRINA

ID del paciente: 2887

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

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

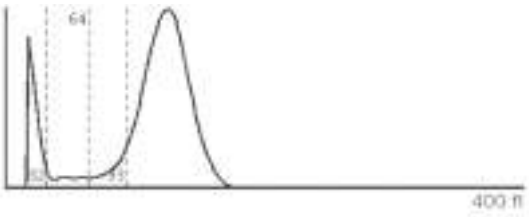
# Hematología

Fecha: 16/09/2024 10:49 AM  N° de serie del analizador: 360017749

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| LEU Leucocitos/Glóbulos blancos | 11.57 10^3/µl | | 3.5 | 20.7 |
| LIN Linfocito | 0.40 10^3/µl | BAJO | 0.83 | 9.1 |
| MON Monocito | 0.76 10^3/µl | | 0.09 | 1.21 |
| NEU Neutrófilo | 10.38 10^3/µl | | 1.63 | 13.37 |
| EOS Eosinófilo | 0.03 10^3/µl | | 0.02 | 0.49 |
| BAS Basófilo | 0.00 10^3/µl | | 0.0 | 0.2 |
| LIN% Linfocito (%) | 3.4 % | | | |
| MON% Monocito (%) | 6.6 % | | | |
| NEU% Neutrófilo (%) | 89.7 % | | | |
| EOS% Eosinófilo (%) | 0.3 % | | | |
| BAS% Basófilo (%) | 0.0 % | | | |
| ERI Eritrocitos/Glóbulos rojos | 8.93 10^6/µl | | 7.7 | 12.8 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| Hb Hemoglobina | 12.8 g/dl | | 10.0 | 17.0 |
| Hto Hematocrito | 39.93 % | | 33.7 | 55.4 |
| VCM Volumen corpuscular medio | 45 fl | | 35.0 | 52.0 |
| HCM Hemoglobina corpuscular media | 14.4 pg | | 10.0 | 16.9 |
| CHCM Concentración de HCM | 32.1 g/dl | | 27.0 | 35.0 |
| RDWc Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 22.9 % | | 18.3 | 24.1 |
| RDWs Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 33.6 fl | | | |
| PLT Plaquetas | 371 10^3/µl | | 125.0 | 618.0 |
| VPM Volumen plaquetario medio | 11.9 fl | | 8.6 | 14.9 |
| PCT Plaquetocrito | 0.44 % | | | |
| PDWc Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 39.5 % | | | |
| PDWs Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 19.9 fl | | | |

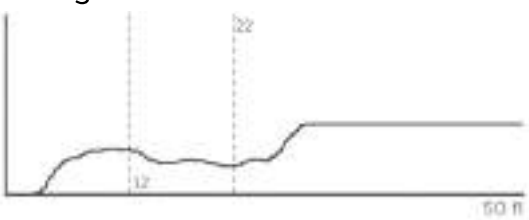
## Histograma: LEU



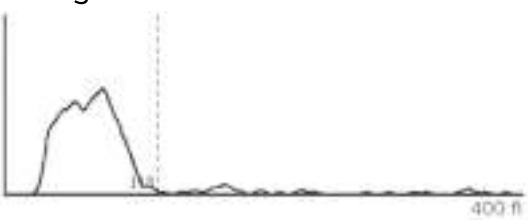

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT




## Histograma: EOS



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

zoetis

SABRINA

ID del paciente: 2887

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

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

# Prep Profile II

Fecha: 16/09/2024 10:51 AM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 4023BB4

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| ALP<br>Fosfatasa alcalina | 22<br>U/L | | 10.0 – 90.0 | |
| ALT<br>Alanina aminotransferasa | 319 *<br>U/L | | 20.0 – 100.0 | ALTO |
| BUN<br>Nitrógeno ureico en sangre | 28<br>mg/dL | | 10.0 – 30.0 | |
| CRE<br>Creatinina | 1.4<br>mg/dL | | 0.3 – 2.1 | |
| GLU<br>Glucosa | 181 *<br>mg/dL | | 70.0 – 150.0 | ALTO |
| TP<br>Proteinas totales | 6.3<br>g/dL | | 5.4 – 8.2 | |

Hemólisis
0

Lipemia
0

Ictericia
0

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

ESTUDIO ULTRASONOGRAFICO DE ABDOMEN

| | |
|---|---|
| Nombre del paciente:Sabrina | Medico/clinica referente:C.V UAM |
| Edad: 1 años. | Raza:DPC. |
| Sexo : H/C | Historial: Trauma, sangrado vulvar,fractura MPI. |

Hallazgos ultrasonográficos:

Vejiga: contenido luminal ecogenico suspendido en su lumen, grosor de la pared aumentado, (1.3mm).
Colon descendente con patrón de contenido fecal, mucoso y gaseoso, pared normal.(0.7mm).
Colon ascendente con patrón de contenido fecal, mucoso y gaseoso, pared normal.(0.7mm).
íleon: pared estratificada normal,grosor (1.3mm).
Riñones :hiperecogenicidad y ecotextura normal, adecuada definición/diferenciación, márgenes irregulares, longitud riñón izquierdo (37mm),longitud riñón derecho (36mm) , observa Pielectasia moderada.
intestino delgado (yeyuno):pared estratificada con engrosamiento de capa muscular, contenido luminal mucoso y gaseoso,grosor (2.9mm).
glándula adrenal derecha: ecogenicidad y ecotextura normal,grosor del polo craneal (2.8mm), grosor del polo caudal (2.9mm).
Estomago: patrón de contenido luminal de ingesta, mucus y gas, pared estratificada normal.
Rama pancreática izquierda: ecogenicidad y ecotextura normal, grosor (7mm).
Bazo: ecogenicidad y ecotextura normal, grosor a nivel del hilio.(7.9mm).
Hígado: ecogenicidad y ecotextura normal.
Vesícula biliar : contenido luminal anecoico, pared normal,grosor (0.7mm).
Duodeno: contenido luminal mucoso y gaseoso, pared estratificada normal.
Se aprecia hiperecogenicidad de la grasa mesentérica de manera difusa.

Opinión y diagnósticos diferenciales:

Hallazgos ultrasonográficos en intestino delgado sugieren enteritis/enteropatía.
Hallazgos ultrasonográficos en vejiga sugieren detritus celulares o sanguíneos, coagulo sanguíneo leve.
Hallazgos ultrasonográficos en riñones sugieren nefropatía vs hallazgo normal,pielectasia leve.
Hallazgos ultrasonográficos en tejido mesentérico sugieren reactividad.

Recomendaciones: Monitoreo ultrasonografico, pruebas pertinentes de evaluación renal, parcial de orina.

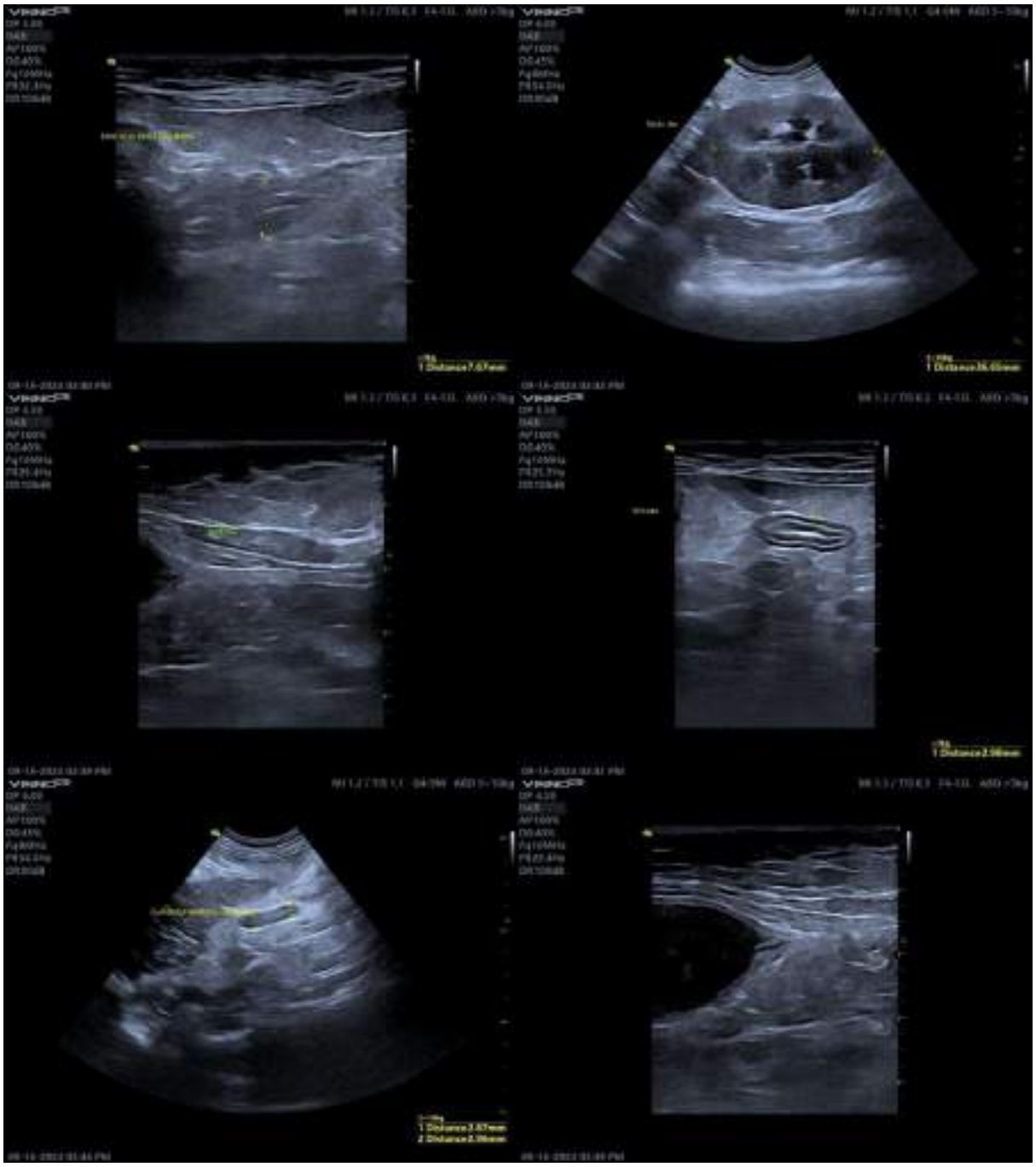
Estefania Cardona

MVZ Estefanía Cardona Cruz
M.P. 26174

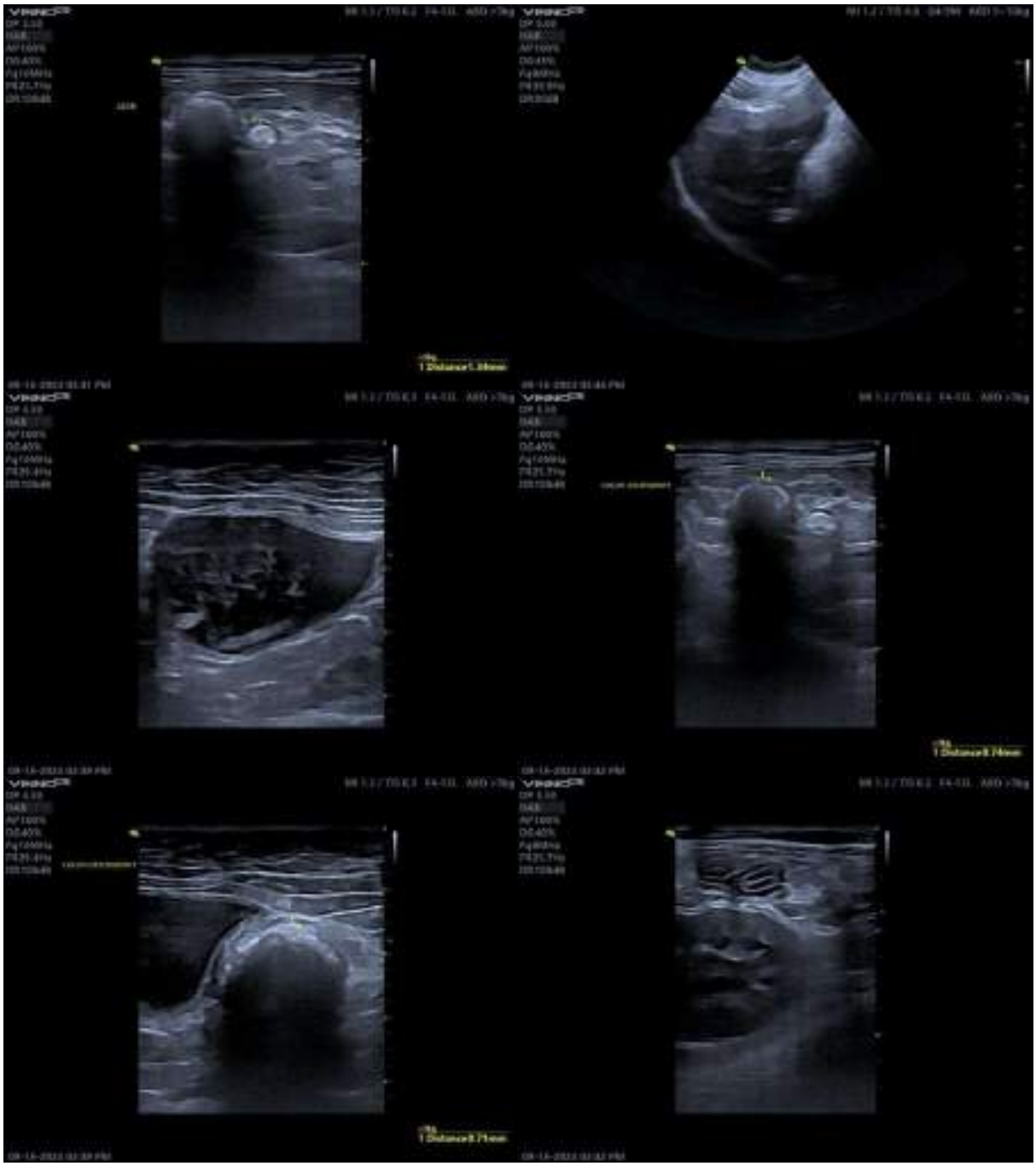
*Estimado propietario : El ultrasonido es una herramienta complementaria que ayuda a visualizar estructuras internas y posibles anomalías. Sin embargo, para obtener un diagnóstico preciso y completo, es crucial integrar estos resultados con el cuadro clínico de su mascota y otros exámenes realizados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

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

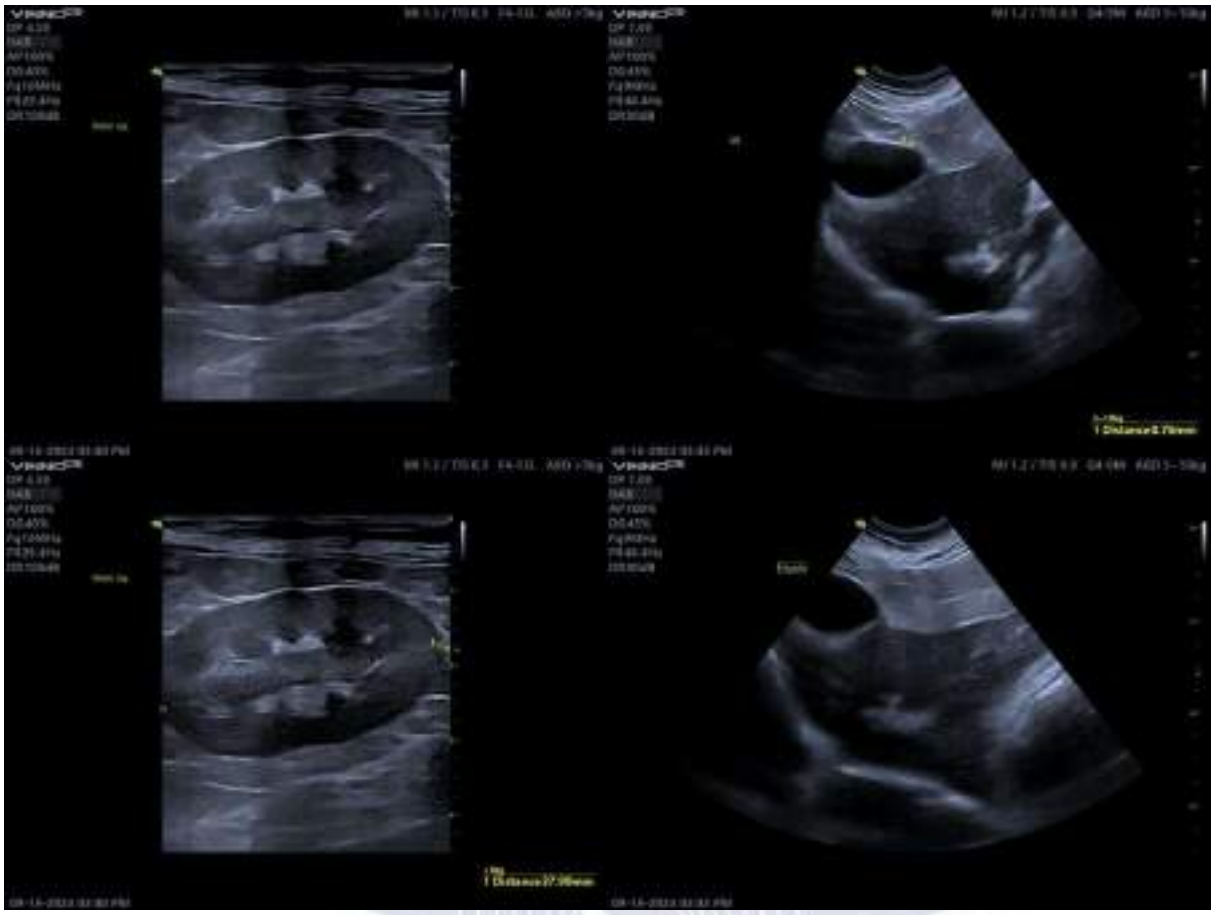
*IMÁGENES:*



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

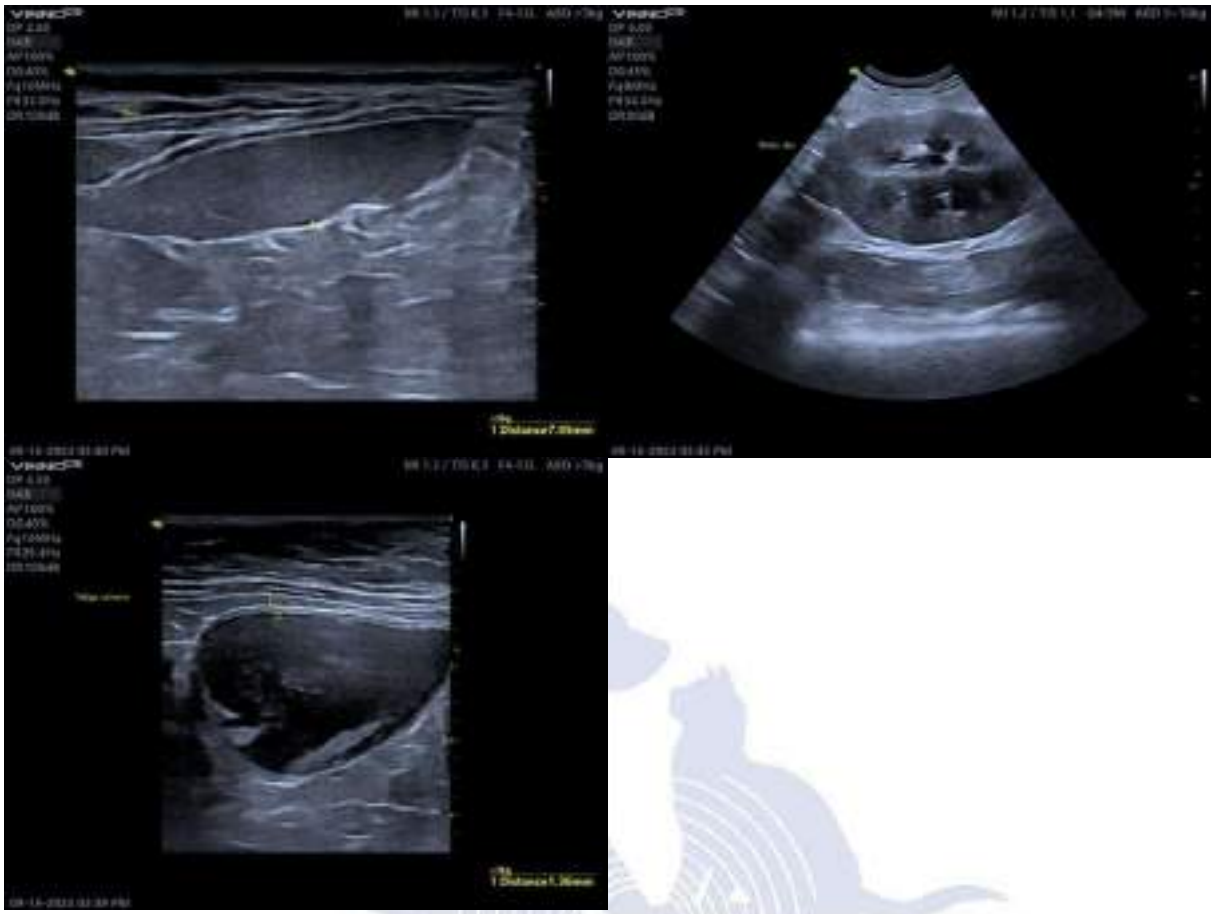


@ultrasonidovetpereira - 3207229249 – calle 14 # 23-147 Álamos, Pereira.



Ultrasonido Veterinario
Pereira

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



Ultrasonido Veterinario
Pereira

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


R


L


L


R

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *24/09/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 127-SACHA
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 19/09/2024
Última Visita: 20/09/2024

Paciente: SACHA
Especie: CANINO
Raza: MESTIZO
Sexo: HEMBRA
Pelaje:
Microchip:
Fecha de Nac.: 21/09/2018
Fecha de Alta: 19/09/2024
Última Visita: 20/09/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 20/09/2024 06:13:53 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
Paciente ingresa por policías por decomiso por maltrato. Paciente presenta erosión en labio inferior y dolor generalizado. Se administra dosis de meloxicam 0.2 mg/kg SC. Paciente se muestra activa y cariñosa, no presenta vómitos ni diarrea, orina y defeca (Bristol 4). Constantes FC 100 FR 32 T 37.7 Mucosas rosadas TLLC 2 segundos. Come y bebe con apetito. Pendiente traslado al CBA.
*** Fecha: 20/09/2024 12:34:48 PM HEMOGRAMA

****** Fecha: 20/09/2024 04:10:53 PM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
PACIENTE RETIRADA POR LA POLICIA NACIONAL PARA SER LLEVADA AL CBA.

EN HORAS DE LA MAÑANA SE REALIZA HEMOGRAMA Y TEST DE DISTEMPER NEGATIVO

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 20/09/2024 TITULO: HEMOGRAMA
OTROS: VER ADJUNTOS

# CTA. CTE.

*24/09/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 127-SACHA

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 20/09/2024 | *MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - MARIA DANIELA | 1.00 | 5200 | 0 | 5200 |
| 20/09/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - MARIA DANIELA | 1.00 | 18700 | 0 | 23900 |
| 20/09/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 500 | 0 | 24400 |
| 20/09/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 31500 | 0 | 55900 |
| 20/09/2024 | *TEST MOQUILLO Y ADENOVIRUS UND - Unit. $44000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 44000 | 0 | 99900 |
| 20/09/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 24300 | 0 | 124200 |

Moneda: $

**SALDO:** 124200

Alcaldía de PEREIRA

**CONCEPTO TÉCNICO DE BINESTAR ANIMAL**

**ACTA DE VISITA DE VERIFICACIÓN Ó SEGUIMIENTO DE CONDICIONES DE BIENESTAR DE ANIMALES DOMÉSTICOS**

VERSION: 1.0

25/07/2024

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| No. RADICADO DE SOLICITUD O QUEJA: | | FECHA DE LA VISITA: | 19 DÍA | 09 MES | 24 AÑO | HORA: 5:02PM |
| MOTIVO DE VISITA: | Primera vez X | Seguimiento ___ | Otro: ___ | | | |
| ENTIDAD QUE ACOMPAÑA: | | | | | | |

## IDENTIFICACIÓN DE QUIEN ATIENDE LA VISITA Y DEL PROPIETARIO DEL (LOS) ANIMALE(S)

| | |
|---|---|
| NOMBRE QUIEN ATIENDE: JUAN SEBASTIAN MEJIA | Cédula No.: 1114833562 |
| Relación con el (los) animal(es): TUTOR | Teléfono: 3233998050 |
| Dirección de la visita: Cra 4 N. 5-726 PUENTE BLANCO | Corregimiento: PUERTO CALDAS |
| Nombre del propietario JUAN SEBASTIÁN MEJÍA | Cédula No.: 1114833562 |
| Teléfono fijo / Celular: 3233998050 | E-mail notificaciones: |
| Nombre y Cédula de quien autoriza el ingreso al inmueble: JUAN SEBASTIÁN MEJÍA / 1114833562 | En calidad de: TUTOR |

## RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN DE BIENESTAR

Tipo de maltrato identificado: No aplica | Maltrato emocional | Negligencia | Maltrato físico | Intencional | Abandono | Sobreexplotación | Abuso Sexual

Según las condiciones de los animales verificados en las fichas anexas, el concepto médico veterinario se resume así:

| No. | Nombre | Microchip | Cumplimiento condiciones de bienestar | | | | | | | | Concepto | Plan de mejoramiento | | Aprehensión | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Nutrición | | Confort | | Salud | | Comportamiento | | | | | | |
| 1 | SASHA | N/A | X SI | NO | SI | X NO | SI | X NO | SI | X NO | MALO | SI | X NO | X SI | NO |
| 2 | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| 3 | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| 4 | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |

Observaciones: CANINA MESTIZA, COLOR BLANCO CON CAFÉ, CONDICIÓN CORPORAL 2/5, TEMPERAMENTO: TEMEROSA, ANSIOSA, NERVIOSA. PRESENTA HERIDAS EN LABIO INFERIOR, SUPERIOR Y LENGUA. SE REALIZA APREHENSIÓN PREVENTIVA POR PARTE DE PERSONAL POLICIAL DE LA SUBESTACIÓN POLICÍA PUERTO CALDAS.

Visita Fallida? SI X — Motivo de visita fallida: Dirección no encontrada ○ — No se encuentra el animal ○ — Ausencia de tenedor ○ — No se permitió el ingreso ○

Otro: ___

## SOLICITUD DE APREHENSIÓN:

Mediante el presente escrito, y con fundamento en el Artículo 46A de la Ley 84 de 1989, la secretaria desarrollo rural y gestión ambiental solicita a la autoridad policiva presente realizar de forma inmediata la APREHENSIÓN MATERIAL PREVENTIVA del (los) animal(es) verificado(s) en la presente visita con el fin de que pasen bajo custodia y protección del Instituto.

El (los) animal(es) que requiere(n) aprehensión material preventiva se encuentra(n) a cargo de: JUAN SEBASTIAN MEJIA

No aplica? ○

Se informa al responsable del animal aprehendido que deberá garantizar los gastos de manutención y alimentación sin perjuicio de sus obligaciones para con los entes territoriales. Podrá solicitar su devolución dentro de los 15 días calendario contados a partir del día siguiente de la aprehensión preventiva, para lo cual podrá aportar los elementos probatorios que considere pertinentes o la orden de devolución por parte de la entidad competente. Una vez liquidadas las expensas, en caso de no cancelarlas en un plazo de quince (15) días calendario contados a partir de su cobro, la RED VETERINARIA dispondrá definitivamente del animal para entregarlo en adopción conforme a la ley 1801 del 2016.

Autoridad de Policía competente que recibe y autoriza la presente solicitud:

Firma: Jony Estrella Olaya

Nombre: Jony Estrella Olaya

Cargo / placa: integrante patrulla 12065

# PLAN DE MEJORAMIENTO

**NUTRICIÓN:**

Criterio por el cual todo animal debe estar libre de hambre y sed.

**CONFORT:**

Criterio por el cual todo animal debe estar libre de incomodidad.

**SALUD:**

Criterio por el cual todo animal debe estar libre de dolor, lesión y enfermedad.

**COMPORTAMIENTO:**

Criterio por el cual todo animal pueda expresar un comportamiento natural, libre de miedo y angustia.

Con el fin de garantizar el seguimiento, en caso de cambiar de domicilio, el ciudadano se compromete a informar la nueva dirección a las autoridades.

**Plazo para el cumplimiento del plan de mejoramiento:**

En mi calidad de tenedor/propietario, identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto haber sido informado sobre mis obligaciones para con los animales según el Estatuto Nacional de Protección de los Animales, la Ley 1774 de 2016, así como del contenido de esta acta de visita, cuyo incumplimiento podría acarrear delitos o contravenciones.

Responsable del bienestar del animal,

Acepto recibir notificaciones por correo electrónico? SI | NO

Firma

Nombre:

Cédula No.

Huella dactilar

| TESTIGO, SERVIDOR, O APOYO TÉCNICO | TESTIGO, SERVIDOR, O APOYO TÉCNICO | TESTIGO, SERVIDOR, O APOYO TÉCNICO |
|---|---|---|
| Firma: Jony Estrada Olaya | Firma: | Firma: |
| Nombre: Jony Estrada Olaya | Nombre: Juan pablo Quiroga | Nombre: |
| Cédula No. 79.922.652 | Cédula No. 4617354 | Cédula No. |
| Teléfono /Dirección 3052537620 | Teléfono /Dirección 3187652164 | Teléfono /Dirección |

| M.V. RESPONSABLE DE LA VISITA: | M.V. RESPONSABLE DE LA VISITA: |
|---|---|
| Firma: | Firma: |
| Nombre: FRANK ARBELÁEZ | Nombre: |
| T.P. No. 50586 | T.P. No. |

## Continuación RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN DE BIENESTAR

**Radicado:** _____

Según las condiciones de cada uno de los animales verificados en las fichas anexas, y el material fotografico que complementa el concepto medico veterinario. se resume así:

| No. | Nombre | Microchip | Cumplimiento condiciones de bienestar | | | | | | | | Concepto | Plan de mejoramiento | | Aprehensión | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Nutrición | | Confort | | Salud | | Comportamiento | | | | | | |
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |

**M.V. RESPONSABLE:**

Firma: _____

Nombre / T.P No.: _____

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES REMITIDOS DEL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO**

Yo Alexis Correa Bedoya identificado con cédula de ciudadanía número 10177538 18 de Medellín en calidad de responsable de Sacha, especie canino, raza Mix, sexo M____ H X, de 6 M/- años, con 20 Kg de peso e historia clínica número 2936. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del paciente, por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar su estado de salud.

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

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

_____

_____

_____

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

**La Institución Universitaria Visión de las Américas** no se hace responsable por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento

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

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

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

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución. He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

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

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

En contraparte yo M. Daniela Labarca con tarjeta profesional número RpP99 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas

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

**Nota: Quien firma como acudiente acepta ser el responsable por el paciente; En caso que el paciente no tenga acudiente el hospital público veterinario de la ciudad de Pereira será el único responsable y tomador de decisiones autorizado y será el encargado de ubicar un hogar o definir el destino final del paciente una vez completada su recuperación.**

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 19 de Septiembre del 2024

**Tutor/Acudiente**
CC: 1017153018
Tel: 3204397827

**Médico Veterinario Visión de las Américas**
MP: RPP99

En caso de pacientes sin acudiente por favor diligenciar la siguiente información:

| Lugar de procedencia o hallazgo | Descripción de los hechos |
|---|---|
| *Especificar sector/barrio/vereda<br>Carrera 4 H 5-72 barrio Puente blanco → Corregimiento Puerto Caldas | Procedimiento Policivo de Aprehensión preventiva por presunto maltrato animal ley 1774 de 2016. se anexa concepto técnico de bienestar Animal |

| Datos de quien entrega | | |
|---|---|---|
| **Nombre completo** | **Cedula** | **Teléfono** |
| Alexis Correa Rendon | 1017753018 | 3204397827 |
| **Dirección:** | | |

**Autoriza el ingreso Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de Ingreso: 19-09-2024
Paciente: Sacha # HC: 2415
Diagnostico presuntivo: Hda lobo.

Sexo: M__ H X
Especie: canino
Edad: 6 años

Peso: 20 kg Cta $ 3.
Médico tratante: MDL
Obs. Traido x Ibarra.

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19/09 | Meloxicam 2% | C/24 | SC | 0.2mg | 0.2ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20/09 | Meloxicam 2% | C/24 | SC | 0.1mg | 0.1ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ○ | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de Ingreso: _____ Numero de HC: _____ Médico tratante: _____

Paciente: _____ Peso: _____ Obs. _____

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

**Exámen físico diario paciente hospitalizado**

Paciente: Sacha Numero de HC: 2915 Peso de ingreso: 20Kg

Fecha de ingreso: 19/09 Obs:

| FECHA | 20/09 | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA | AM | | | | | | | | | | | | | | |
| PARAMETRO | 500 | | | | | | | | | | | | | | |
| T° | 37.7 | | | | | | | | | | | | | | |
| FC | 100 | | | | | | | | | | | | | | |
| FR | 32 | | | | | | | | | | | | | | |
| PULSO | F | | | | | | | | | | | | | | |
| MUCOSAS | R | | | | | | | | | | | | | | |
| TLLC | 2s | | | | | | | | | | | | | | |
| COME | S. | | | | | | | | | | | | | | |
| BEBE | S. | | | | | | | | | | | | | | |
| VOMITO | ND | | | | | | | | | | | | | | |
| HECES | S. | | | | | | | | | | | | | | |
| MICCION | S. | | | | | | | | | | | | | | |
| PESO | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESION ARTERIAL MEDIA | | | | | | | | | | | | | | | |
| % DESHIDRATACION | | | | | | | | | | | | | | | |
| FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *dolor | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *neuro | | | | | | | | | | | | | | | |
| REALIZADO POR *iniciales | MDB | | | | | | | | | | | | | | |
| PENDIENTES | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | | |

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

**Exámen físico diario paciente hospitalizado**

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

Fecha de ingreso: _____ Obs: _____

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

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

| PACIENTE: Sasha | FECHA | FECHA | | FECHA | # HC 2015 | FECHA | | FECHA | FECHA | | | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 9/09 | | | | ARTICULO | | | | | ARTICULO | 9/09 | | | |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | | LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | | TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | | LATA E/N CANINO 377 G | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | | LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BURETA 150 ML X UND | | | | | LATA HA CANINE X 377 GR | | | | | VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | | LLAVE DE TRES VIAS | | | | | VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | | MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | | VENOCLISIS MACROGOTEO | | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | | | | | MILPRO CACHORRO TAB | | | | | VENOCLISIS MICROGOTEO | | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | | | | | OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | | VLIWASORB APOSITO | | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | | | | | OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | | VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | | SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | | CITOLOGIA | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | 1 | | | | SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | | ECOGRAFIA ABDOMINAL | | | | |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | | SOLUCION CLORURO X 100ML | | | | | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCION CLORURO X 500ML | | | | | HEMOGRAMA UAM | | 1 | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | | | | | HIDRATACION | | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | | SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | | HISTOPATOLOGIA | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | | | | | SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | | HOSPITALIZACION | 1 | | | |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | NEBULIZACION | | | | |
| FCO GOTERO X ____ ML | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | | SONDA URINARIA FELINO | | | | | **SERVICIOS Y OTROS** | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | | | SUPRASOB A COMPRESA | | | | | | | | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | | | | | SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | | | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | | SUT. POLIDIOXANONA # | | | | | | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | | SUT. POLIGALACTINA # | | | | | | | | | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | | SUTURA N/A # | | | | | | | | | |
| JERINGA 1 ML | | | | | TAPON HEPARINIZADO | | | | | | | | | |
| JERINGA 10 ML | | | | | TEST DE FLUORESCEINA | | | | | | | | | |
| JERINGA 20 ML | | | | | TEST DE LEUCEMIA | | | | | | | | | |
| JERINGA 2-3 ML | 1 | | | | TEST DE MOQUILLO | | 1 | | | | | | | |
| JERINGA 5 ML | | | | | TEST DE PARVOVIRUS | | | | | | | | | |
| JERINGA 50 ML | | | | | TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | | | | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | | TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt | | | | | | | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | | TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | | | | | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZAE

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

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

SACHA

ID del paciente: 2915

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

Sexo: Hembra
Raza: PITBULL
Doctor: Desconocido/a

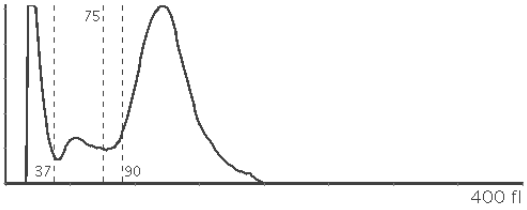
# Hematología

Fecha: 20/09/2024 12:23 PM  N° de serie del analizador: 360017749

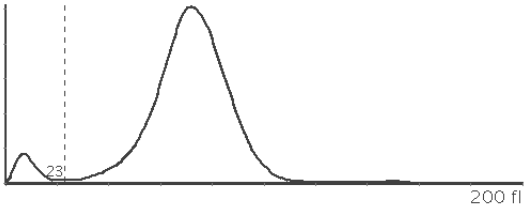
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| LEU Leucocitos/Glóbulos blancos | 16.46 10^3/µl | | 6.0 | 17.0 |
| LIN Linfocito | 2.21 10^3/µl | | 1.0 | 4.8 |
| MON Monocito | 0.93 10^3/µl | | 0.2 | 1.5 |
| NEU Neutrófilo | 12.35 10^3/µl | ALTO | 3.0 | 12.0 |
| EOS Eosinófilo | 0.73 10^3/µl | | 0.0 | 0.8 |
| BAS Basófilo | 0.25 10^3/µl | | 0.0 | 0.4 |
| LIN% Linfocito (%) | 13.4 % | | | |
| MON% Monocito (%) | 5.6 % | | | |
| NEU% Neutrófilo (%) | 75.0 % | | | |
| EOS% Eosinófilo (%) | 4.4 % | | | |
| BAS% Basófilo (%) | 1.5 % | | | |
| ERI Eritrocitos/Glóbulos rojos | 7.67 10^6/µl | | 5.5 | 8.5 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| Hb Hemoglobina | 19.7 g/dl | ALTO | 12.0 | 18.0 |
| Hto Hematocrito | 55.76 % | ALTO | 37.0 | 55.0 |
| VCM Volumen corpuscular medio | 73 fl | | 60.0 | 77.0 |
| HCM Hemoglobina corpuscular media | 25.7 pg | ALTO | 19.5 | 24.5 |
| CHCM Concentración de HCM | 35.4 g/dl | | 31.0 | 39.0 |
| RDWc Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 19.2 % | | 14.0 | 20.0 |
| RDWs Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 46.1 fl | | | |
| PLT Plaquetas | 317 10^3/µl | | 165.0 | 500.0 |
| VPM Volumen plaquetario medio | 8.4 fl | | 3.9 | 11.1 |
| PCT Plaquetocrito | 0.27 % | | | |
| PDWc Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 34.8 % | | | |
| PDWs Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 11.7 fl | | | |

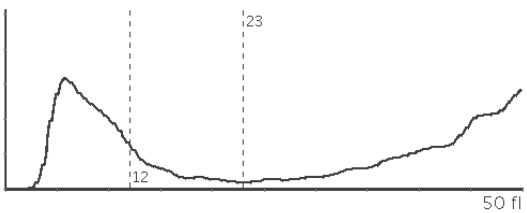
## Histograma: LEU



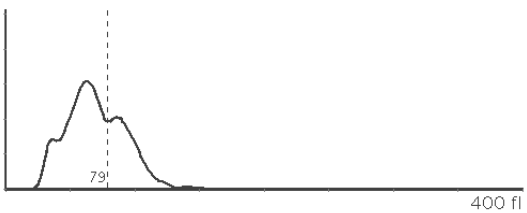

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT




## Histograma: EOS



Alcaldía de PEREIRA

**CONCEPTO TÉCNICO DE BIENESTAR ANIMAL**
**ACTA DE VISITA DE VERIFICACIÓN O SEGUIMIENTO DE CONDICIONES DE BIENESTAR DE ANIMALES DOMÉSTICOS**
VERSION: 1.0

25/07/2024

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| No. RADICADO DE SOLICITUD O QUEJA: | | FECHA DE LA VISITA: | 19 DIA | 09 MES | 24 AÑO | HORA: 5 02PM |
| MOTIVO DE VISITA: | Primera vez X | Seguimiento | | Otro: | | |
| ENTIDAD QUE ACOMPAÑA: | | | | | | |

**IDENTIFICACIÓN DE QUIEN ATIENDE LA VISITA Y DEL PROPIETARIO DEL (LOS) ANIMALE(S)**

| | |
|---|---|
| NOMBRE QUIEN ATIENDE: JUAN SEBASTIAN MEJIA | Cédula No. 1114833562 |
| Relación con el (los) animal(es): TUTOR | Teléfono: 3233998050 |
| Dirección de la visita: Cra 4 N 5-72A Puerto Blanco | Corregimiento: PUERTO CALDAS |
| Nombre del propietario JUAN SEBASTIAN MEJIA | Cédula No.: 1114833562 |
| Telefono fijo / Celular: 3233998050 | E-mail notificaciones: |
| Nombre y Cédula de quien autoriza el ingreso al inmueble: JUAN SEBASTIAN MEJIA / 1114833562 | En calidad de: TUTOR |

## RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN DE BIENESTAR

Tipo de maltrato identificado: (No aplica) (Maltrato emocional) (Negligencia) (Maltrato físico) (Intencional) (Abandono) (Sobreexplotación) (Abuso Sexual)

Según las condiciones de los animales verificados en las fichas anexas, el concepto médico veterinario se resume así:

| No. | Nombre | Microchip | Cumplimiento condiciones de bienestar: Nutrición | | Confort | | Salud | | Comportamiento | | Concepto | Plan de mejoramiento | | Aprehensión | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SASHA | N/A | X | NO | SI | X | SI | X | SI | X | MALO | SI | X | X | NO |
| 2 | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| 3 | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |
| 4 | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | SI | NO | SI | NO |

**Observaciones:** CANINA MESTIZA, COLOR BLANCO CON CAFÉ, CONDICIÓN CORPORAL 2/5, TEMPERAMENTO: TEMEROSA, ANSIOSA, NERVIOSA. PRESENTA HERIDAS EN LABIO INFERIOR, SUPERIOR Y LENGUA SE REALIZA APREHENSIÓN PREVENTIVA POR PARTE DE PERSONAL POLICIAL DE LA SUBESTACIÓN POLICÍA PUERTO CALDAS

**Visita Fallida?** SI (X)

**Motivo de visita fallida:** Dirección no encontrada ○ No se encuentra el animal ○ Ausencia de tenedor ○ No se permitio el ingreso ○

Otro: _____

## SOLICITUD DE APREHENSIÓN:

Mediante el presente escrito, y con fundamento en el Artículo 46A de la Ley 84 de 1989, la secretaría desarrollo rural y gestión ambiental solicita a la autoridad policiva presente realizar de forma inmediata la APREHENSIÓN MATERIAL PREVENTIVA del (los) animal(es) verificado(s) en la presente visita con el fin de que pasen bajo custodia y protección del instituto.

El (los) animal(es) que requiere(n) aprehensión material preventiva se encuentra(n) a cargo de: JUAN SEBASTIAN MEJIA

No aplica? ○

Se informa al responsable del animal aprehendido que deberá garantizar los gastos de manutención y alimentación sin perjuicio de sus obligaciones para con las entes territoriales. Podrá solicitar su devolución dentro de los 15 días calendario contados a partir del día siguiente de la aprehensión preventiva, para lo cual podrá aportar los elementos probatorios que considere pertinentes o la orden de devolución por parte de la entidad competente. Una vez liquidadas las expensas, en caso de no cancelarlas en un plazo de quince (15) días calendario contados a partir de su cobro, la RED VETERINARIA dispondrá definitivamente del animal para entregarlo en adopción conforme a la ley 1801 de 2016.

Autoridad de Policía competente que recibe y autoriza la presente solicitud:

Firma: Jony Estrella Olaya

Nombre: Jony Estrella Olaya

Cargo / placa: Intendente estrella 11065


Perez Pan
POLICÍA NACIONAL
POLICÍA

## PLAN DE MEJORAMIENTO

**NUTRICIÓN:**
Criterio por el cual todo animal debe estar libre de hambre y sed.

**CONFORT:**
Criterio por el cual todo animal debe estar libre de incomodidad.

**SALUD:**
Criterio por el cual todo animal debe estar libre de dolor, lesión y enfermedad.

**COMPORTAMIENTO:**
Criterio por el cual todo animal pueda expresar un comportamiento natural. Libre de miedo y angustia.

Con el fin de garantizar el seguimiento, en caso de cambiar de domicilio, el ciudadano se compromete a informar la nueva dirección a las autoridades.

**Plazo para el cumplimiento del plan de mejoramiento:**

En mi calidad de tenedor/propietario identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto haber sido informado sobre mis obligaciones para con los animales según el Estatuto Nacional de Protección de los Animales, la Ley 1774 de 2016, así como del contenido de esta acta de visita, cuyo incumplimiento podría acarrear delitos o contravenciones.

Responsable del bienestar del animal.

Acepto recibir notificaciones por correo electrónico? SI | NO

Firma

Nombre:

Cédula No

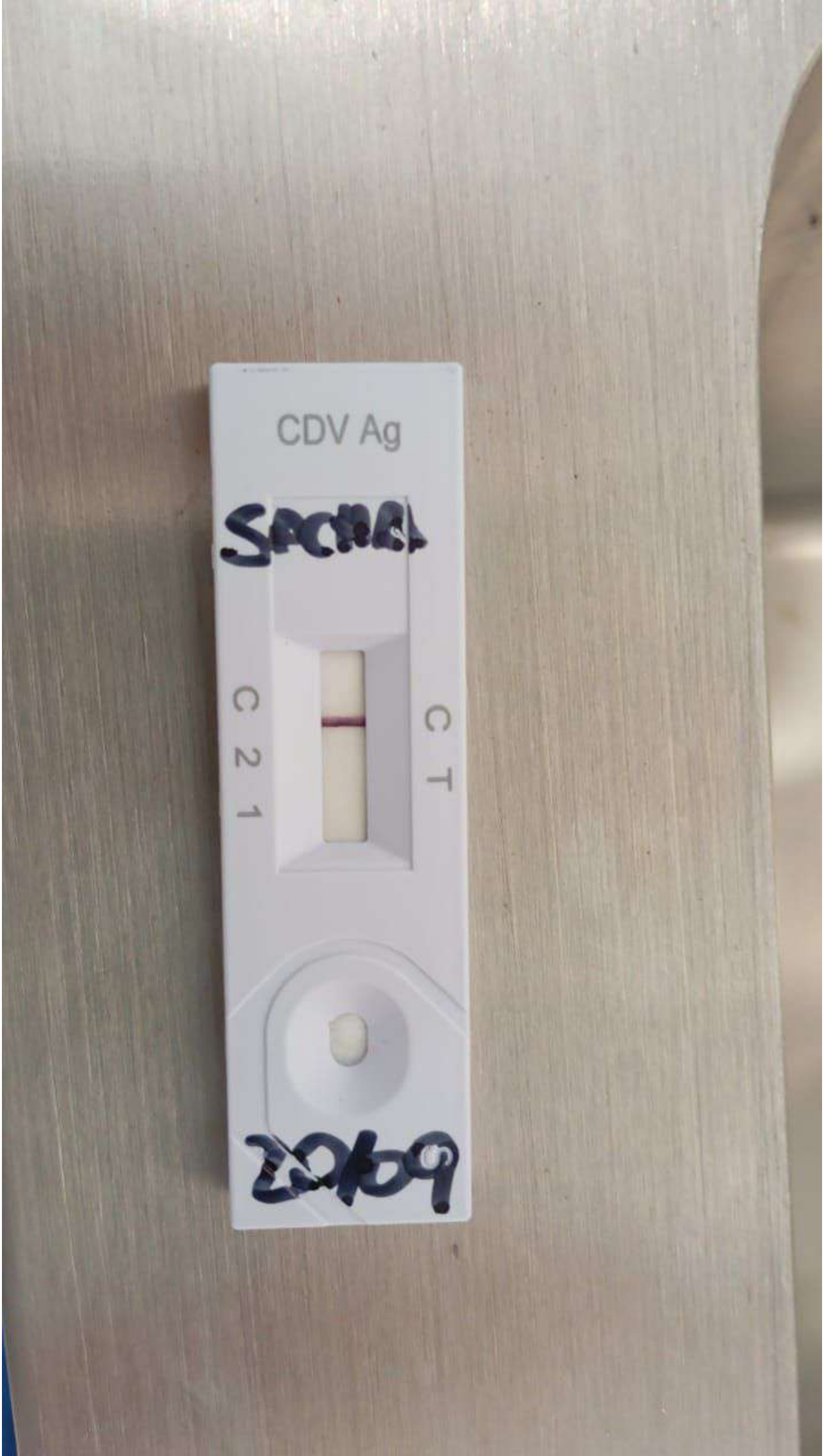
Huella dactilar

| TESTIGO, SERVIDOR, O APOYO TÉCNICO | TESTIGO, SERVIDOR, O APOYO TÉCNICO | TESTIGO, SERVIDOR, O APOYO TÉCNICO |
|---|---|---|
| Firma: Jony Eslida Olaya | Firma: | Firma: |
| Nombre: Jony Eslida Olaya | Nombre: Juan pablo Quevedo | Nombre: |
| Cédula No: 79.922.652 | Cédula No: 4617334 | Cédula No: |
| Teléfono /Dirección: 3052532620 | Teléfono /Dirección: 3187652164 | Teléfono /Dirección: |

| M.V. RESPONSABLE DE LA VISITA: | M.V. RESPONSABLE DE LA VISITA: |
|---|---|
| Firma: | Firma: |
| Nombre: FRANK ARBELÁEZ | Nombre: |
| T.P. No: 505R6 | T.P. No. |






CDV Ag
C 2 1
C T

Alcaldía de PEREIRA

Hospital Público VETERINARIO

Fecha: 30-08-24

Remitido por: Alejandra Trujillo

Especie / Raza: Felino / mestizo

Nombre: Salem 2818

Diagnóstico presuntivo:

Quién traslada nombre / Cédula:

Se envian muestras tapa lila y amarilla para Hacer.

- Perfil de chequeo I

Recibe para Hemogramas
Lilo Alejandra Cano
30/08/2024
10:00 Hrs.
HC 2818
# 101

Firma de Profesional Veterinario

Nombres y Apellidos
MP: 51882

Firma del encargado

Nombres y Apellidos
CC: _____

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *20/09/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 102-SALEM
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 30/08/2024
Última Visita: 30/08/2024

Paciente: SALEM
Especie: FELINO
Raza: MESTIZO
Sexo: HEMBRA
Pelaje:
Microchip:
Fecha de Nac.: 31/08/2021
Fecha de Alta: 30/08/2024
Última Visita: 30/08/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 30/08/2024 12:01:19 PM -- Atendido Por: AUXILIAR VETERINARIO orlando lema
ingresan muestras remitidas convenio bioparque Ukumari para rotor preparacion II y hemograma

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 30/08/2024 TITULO: HEMOGRAMA
ver archivos adjuntos

FECHA: 30/08/2024 TITULO: PREPARACION II
ver rchivos adjuntos

# CTA. CTE.

*20/09/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 102-SALEM

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 30/08/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 24300 | 0 | 24300 |
| 30/08/2024 | *ROTOR PREPARACION II (ALP,ALT,BUN,CRE,GLU,TP) - Unit. $69500 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 69500 | 0 | 93800 |

Moneda: $

**SALDO:** 93800

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

**Salem**

ID del paciente: 2818

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 31/08/2021
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

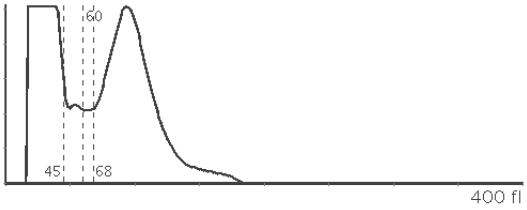
Sexo: Hembra
Raza: Mestizo
Doctor: Desconocido/a

# Hematología

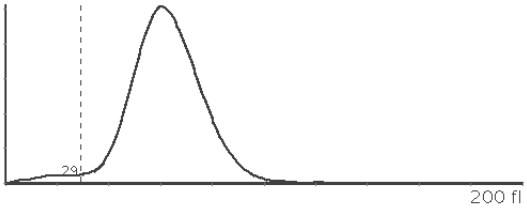
Fecha: 30/08/2024 11:43 AM  N° de serie del analizador: 360017749

| | Resultado | Bajo | Normal | Alto |
|---|---|---|---|---|
| **LEU** Leucocitos/Glóbulos blancos | 12.67 10^3/µl | | 3.5 | 20.7 |
| **LIN** Linfocito | 1.81 10^3/µl | | 0.83 | 9.1 |
| **MON** Monocito | 0.78 10^3/µl | | 0.09 | 1.21 |
| **NEU** Neutrófilo | 9.97 10^3/µl | | 1.63 | 13.37 |
| **EOS** Eosinófilo | 0.10 10^3/µl | | 0.02 | 0.49 |
| **BAS** Basófilo | 0.00 10^3/µl | | 0.0 | 0.2 |
| **LIN%** Linfocito (%) | 14.3 % | | | |
| **MON%** Monocito (%) | 6.2 % | | | |
| **NEU%** Neutrófilo (%) | 78.7 % | | | |
| **EOS%** Eosinófilo (%) | 0.8 % | | | |
| **BAS%** Basófilo (%) | 0.0 % | | | |
| **ERI** Eritrocitos/Glóbulos rojos | 6.26 10^6/µl | BAJO | 7.7 | 12.8 |
| **Hb** Hemoglobina | 10.6 g/dl | | 10.0 | 17.0 |
| **Hto** Hematocrito | 34.49 % | | 33.7 | 55.4 |
| **VCM** Volumen corpuscular medio | 55 fl | ALTO | 35.0 | 52.0 |
| **HCM** Hemoglobina corpuscular media | 16.9 pg | ALTO | 10.0 | 16.9 |
| **CHCM** Concentración de HCM | 30.7 g/dl | | 27.0 | 35.0 |
| **RDWc** Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 21.5 % | | 18.3 | 24.1 |
| **RDWs** Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 39.1 fl | | | |
| **PLT** Plaquetas | 203 10^3/µl | | 125.0 | 618.0 |
| **VPM** Volumen plaquetario medio | 16.0 fl | ALTO | 8.6 | 14.9 |
| **PCT** Plaquetocrito | 0.32 % | | | |
| **PDWc** Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 41.7 % | | | |
| **PDWs** Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 26.1 fl | | | |

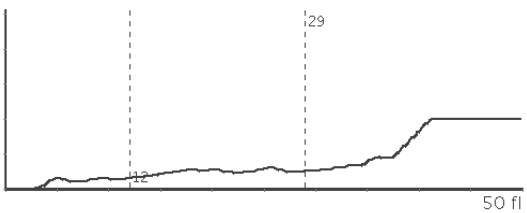
## Histograma: LEU



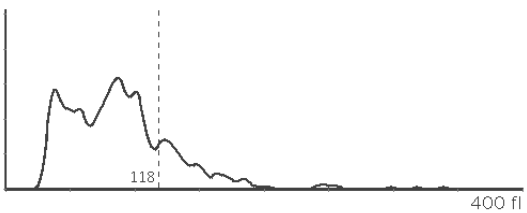

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT




## Histograma: EOS



Alcaldía de PEREIRA

Hospital Público VETERINARIO

Fecha: 30-08-24

Remitido por: Alejandra Trujillo

Especie / Raza: Felino / mestizo

Nombre: Salem 2818

Diagnóstico presuntivo:

Quién traslada nombre / Cédula:

Se envian muestras tapa lila y amarilla para Hacer.

- Perfil de chequeo I

Recibe para Hemogramas
Lilo Alejandra Cano
30/08/2024
10:00 Hrs.
HC 2818
# 101

Firma de Profesional Veterinario

Nombres y Apellidos
MP: 51882

Firma del encargado

Nombres y Apellidos
CC: _____

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *20/09/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 102-SALEM
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 30/08/2024
Última Visita: 30/08/2024

Paciente: SALEM
Especie: FELINO
Raza: MESTIZO
Sexo: HEMBRA
Pelaje:
Microchip:
Fecha de Nac.: 31/08/2021
Fecha de Alta: 30/08/2024
Última Visita: 30/08/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 30/08/2024 12:01:19 PM -- Atendido Por: AUXILIAR VETERINARIO orlando lema
ingresan muestras remitidas convenio bioparque Ukumari para rotor preparacion II y hemograma

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 30/08/2024 TITULO: HEMOGRAMA
ver archivos adjuntos

FECHA: 30/08/2024 TITULO: PREPARACION II
ver rchivos adjuntos

# CTA. CTE.

*20/09/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 102-SALEM

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 30/08/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 24300 | 0 | 24300 |
| 30/08/2024 | *ROTOR PREPARACION II (ALP,ALT,BUN,CRE,GLU,TP) - Unit. $69500 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 69500 | 0 | 93800 |

Moneda: $

**SALDO:** 93800

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

**Salem**

ID del paciente: 2818

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 31/08/2021
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

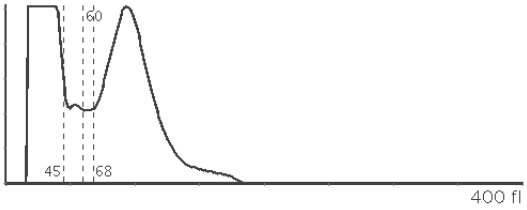
Sexo: Hembra
Raza: Mestizo
Doctor: Desconocido/a

# Hematología

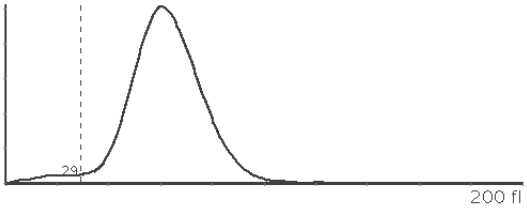
Fecha: 30/08/2024 11:43 AM  N° de serie del analizador: 360017749

| | Resultado | Bajo | Normal | Alto |
|---|---|---|---|---|
| **LEU** Leucocitos/Glóbulos blancos | 12.67 10^3/µl | | 3.5 | 20.7 |
| **LIN** Linfocito | 1.81 10^3/µl | | 0.83 | 9.1 |
| **MON** Monocito | 0.78 10^3/µl | | 0.09 | 1.21 |
| **NEU** Neutrófilo | 9.97 10^3/µl | | 1.63 | 13.37 |
| **EOS** Eosinófilo | 0.10 10^3/µl | | 0.02 | 0.49 |
| **BAS** Basófilo | 0.00 10^3/µl | | 0.0 | 0.2 |
| **LIN%** Linfocito (%) | 14.3 % | | | |
| **MON%** Monocito (%) | 6.2 % | | | |
| **NEU%** Neutrófilo (%) | 78.7 % | | | |
| **EOS%** Eosinófilo (%) | 0.8 % | | | |
| **BAS%** Basófilo (%) | 0.0 % | | | |
| **ERI** Eritrocitos/Glóbulos rojos | 6.26 10^6/µl | BAJO | 7.7 | 12.8 |
| **Hb** Hemoglobina | 10.6 g/dl | | 10.0 | 17.0 |
| **Hto** Hematocrito | 34.49 % | | 33.7 | 55.4 |
| **VCM** Volumen corpuscular medio | 55 fl | ALTO | 35.0 | 52.0 |
| **HCM** Hemoglobina corpuscular media | 16.9 pg | ALTO | 10.0 | 16.9 |
| **CHCM** Concentración de HCM | 30.7 g/dl | | 27.0 | 35.0 |
| **RDWc** Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 21.5 % | | 18.3 | 24.1 |
| **RDWs** Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 39.1 fl | | | |
| **PLT** Plaquetas | 203 10^3/µl | | 125.0 | 618.0 |
| **VPM** Volumen plaquetario medio | 16.0 fl | ALTO | 8.6 | 14.9 |
| **PCT** Plaquetocrito | 0.32 % | | | |
| **PDWc** Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 41.7 % | | | |
| **PDWs** Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 26.1 fl | | | |

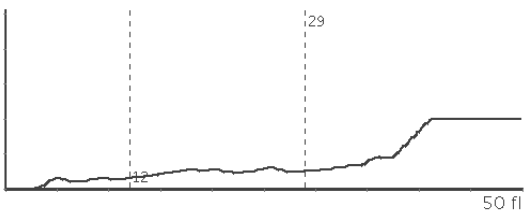
## Histograma: LEU



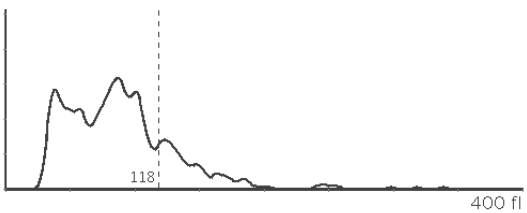

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT




## Histograma: EOS



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

zoetis

**Salem**

ID del paciente: 2818

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 31/08/2021
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Hembra
Raza: Mestizo
Doctor: Desconocido/a

# Prep Profile II

Fecha: 30/08/2024 11:50 AM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 3492AE5

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **ALP**<br>Fosfatasa alcalina | 25<br>U/L | | 10.0 – 90.0 | |
| **ALT**<br>Alanina aminotransferasa | 26<br>U/L | | 20.0 – 100.0 | |
| **BUN**<br>Nitrógeno ureico en sangre | 20<br>mg/dL | | 10.0 – 30.0 | |
| **CRE**<br>Creatinina | 0.9<br>mg/dL | | 0.3 – 2.1 | |
| **GLU**<br>Glucosa | 55 *<br>mg/dL | BAJO | 70.0 – 150.0 | |
| **TP**<br>Proteinas totales | 10.2 *<br>g/dL | | 5.4 – 8.2 | ALTO |

| Hemólisis | Lipemia | Ictericia |
|---|---|---|
| 2+ | 0 | 0 |

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

zoetis

**Salem**

ID del paciente: 2818

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 31/08/2021
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Hembra
Raza: Mestizo
Doctor: Desconocido/a

# Prep Profile II

Fecha: 30/08/2024 11:50 AM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 3492AE5

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **ALP**<br>Fosfatasa alcalina | 25<br>U/L | | 10.0 – 90.0 | |
| **ALT**<br>Alanina aminotransferasa | 26<br>U/L | | 20.0 – 100.0 | |
| **BUN**<br>Nitrógeno ureico en sangre | 20<br>mg/dL | | 10.0 – 30.0 | |
| **CRE**<br>Creatinina | 0.9<br>mg/dL | | 0.3 – 2.1 | |
| **GLU**<br>Glucosa | 55 *<br>mg/dL | BAJO | 70.0 – 150.0 | |
| **TP**<br>Proteinas totales | 10.2 *<br>g/dL | | 5.4 – 8.2 | ALTO |

| Hemólisis | Lipemia | Ictericia |
|---|---|---|
| 2+ | 0 | 0 |

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *23/09/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 113-SALVADOR
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 15/09/2024
Última Visita: 17/09/2024

Paciente: SALVADOR
Especie: CANINO
Raza: MESTIZO
Sexo: MACHO CASTRADO
Pelaje: BLANCO NEGRO
Microchip:
Fecha de Nac.: 18/09/2013
Fecha de Alta: 15/09/2024
Última Visita: 16/09/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 15/09/2024 11:34:07 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491

PACIENTE INGRESA REMITIDO POR CONVENIO CON UKUMARI.

*** Fecha: 16/09/2024 12:00:51 AM HEMOGAMA
*** Fecha: 16/09/2024 12:01:17 AM ROTOR PREPACION

****** Fecha: 16/09/2024 07:37:44 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente ingresa por convenio, fue atropellado, paciente con severo dolor Glasgow 20/24, muy ansioso, se canaliza, se toman muestras para hemograma sin cambios, rotor de preparación sin alteraciones, se inicia medicación con meloxicam 0.2mg/kg, Dipirona 25mg/kg, debido a la ansiedad del paciente y quererse mover, se administra dosis de Acepromacina 0.01mg/kg, se aprovecha tranquilizacion para tomar estudio radiográfico se preoxigena y se pone dosis de 1mg/kg de Propofol, se toma estudio radiográfico de cadera, se aprecia múltiples fracturas en cadera, no se percibe en fémur, Se prepara infusión analgésica con fentanilo 3mcg/kg dosis inicial y se deja infusión a 2mcg/kg/h por 5 horas, paciente duerme y se quede tranquilo, constante en la mañana FC 88 FR 28 TEM 38.6, PAS 117 PAD 89 PAM 96.
*** Fecha: 16/09/2024 03:47:06 PM FORMULA MEDICA

****** Fecha: 16/09/2024 06:59:36 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
RETIRO VOLUNTARIO: Paciente decaído, no come ni toma agua, constantemente se arrastra, vocaliza por dolor, se continua con la medicación establecida, se le envía radiografía al convenio, pero informan que el procedimiento de cirugía debe ser costeado por el propietario mientras el manejo intrahospitalario corre por parte del convenio, sin embargo, propietaria reporta no traer los recursos en el momento y decide retirarlo voluntariamente.

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 16/09/2024 TITULO: ROTOR PREPACION
VER ARCHIVOS DAJUTOS

FECHA: 16/09/2024 TITULO: FORMULA MEDICA
I) PREVICOX TAB X 227 MG ---------- # 5
Suministrar via oral 1/2 tableta cada 24 horas por 10 dias.

II) LYRICA CAP X 50 MG ---------- # 20
Suministrar via oral 1 capsula cada 12 horas por 10 dias.

III) ESOMEPRAZOL TAB X 20 MG ---------- # 5
Suminisrar via oral 1 tableta cada 24 horas por 5 dias.

***RECOMENDACION***

1) Paciente requiere prcedimiento de osteosintesis.

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

_____
CARLOS OSPINA - MP 31610

FECHA: 15/09/2024  TITULO: HEMOGAMA
VER ARCHIVOS ADJUNTOS

# CTA. CTE.

*30/10/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 113-SALVADOR

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 16/09/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 31500 | 0 | 31500 |
| 16/09/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 18700 | 0 | 50200 |
| 16/09/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 24300 | 0 | 74500 |
| 16/09/2024 | *ROTOR PREPARACION II (ALP,ALT,BUN,CRE,GLU,TP) - Unit. $69500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 69500 | 0 | 144000 |
| 16/09/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE (3 PLACAS) - Unit. $79500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 79500 | 0 | 223500 |
| 16/09/2024 | HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 23400 | 0 | 246900 |
| 16/09/2024 | *BURETA 150 ML X UND - Unit. $4600 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 4600 | 0 | 251500 |
| 16/09/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3600 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 3600 | 0 | 255100 |
| 16/09/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 500 | 0 | 255600 |
| 16/09/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN | 4.00 | 2000 | 0 | 257600 |
| 16/09/2024 | *SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 4900 | 0 | 262500 |
| 16/09/2024 | *19 TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $550 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 550 | 0 | 263050 |
| 16/09/2024 | *VENOCLISIS MICROGOTEO - Unit. $3400 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 3400 | 0 | 266450 |
| 16/09/2024 | *MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 5200 | 0 | 271650 |
| 16/09/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 5000 | 0 | 276650 |
| 16/09/2024 | CONSULTA UAM DIURNA - Unit. $0 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 0 | 0 | 276650 |
| 16/09/2024 | ANALGESIA MULTIMODAL - Unit. $16200 - CARLOS OSPINA | 2.00 | 32400 | 0 | 309050 |
| 16/09/2024 | *TRANQUILAN INY DE 0 A 0,5 ML - Unit. $4000 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 4000 | 0 | 313050 |
| 16/09/2024 | *19 JERINGA 10 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $450 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 450 | 0 | 313500 |
| 16/09/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 350 | 0 | 313850 |
| 16/09/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 500 | 0 | 314350 |
| 16/09/2024 | *RONCAINA INY DOSIS X ML - Unit. $3200 - ORLANDO LEMA | 2.00 | 6400 | 0 | 320750 |
| 16/09/2024 | TOMA DE MUESTRA - Unit. $5000 - ANGELICA VELEZ | 1.00 | 5000 | 0 | 325750 |
| 17/09/2024 | *FENTANILO 0.05 MG/ML DOSIS X ML - Unit. $2000 - PAULA VALENCIA | 2.00 | 4000 | 0 | 329750 |
| 17/09/2024 | *FORMULA DE CONTROL ESPECIAL - Unit. $15000 - PAULA VALENCIA | 1.00 | 15000 | 0 | 344750 |
| 17/09/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - | 1.00 | 5000 | 0 | 349750 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| | PAULA VALENCIA | | | | |

Moneda: $

**SALDO:** 349750

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

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES REMITIDOS DEL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO

Yo Heamy Murillo G. identificado con cédula de ciudadanía número 1089005606 de Dosquebradas en calidad de responsable de Salomon, especie Canino, raza Mix, sexo M X H ___, de 10 años, con 19 Kg de peso e historia clínica número 2883. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del paciente, por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar su estado de salud.

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

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

_____

_____

_____

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

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

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

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

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución. He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

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

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

En contraparte yo Santiago Pulgarin J con tarjeta profesional número 47491 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

**Nota: Quien firma como acudiente acepta ser el responsable por el paciente; En caso que el paciente no tenga acudiente el hospital público veterinario de la ciudad de Pereira será el único responsable y tomador de decisiones autorizado y será el encargado de ubicar un hogar o definir el destino final del paciente una vez completada su recuperación.**

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 15 de 09 del 2024

**Tutor/Acudiente**
CC: 1088005606.
Tel: 3217975624

**Médico Veterinario Visión de las Américas**
MP: 47491

En caso de pacientes sin acudiente por favor diligenciar la siguiente información:

| Lugar de procedencia o hallazgo | Descripción de los hechos |
|---|---|
| *Especificar sector/barrio/vereda<br>AV 30 AGOSTO | CAMINO EL ATROPELLADO POR LA AV 30 AGOSTO UNA FAMILIA SE OFRECIO A AUTILIARLO, PERO EL CONDUCTOR HUYO. |

| Datos de quien entrega | | |
|---|---|---|
| **Nombre completo** | **Cedula** | **Teléfono** |
| J Hoyos | 1088005606 | 3217975624. |
| **Dirección:** | | |

MP 27655

**Autoriza el ingreso Hospital público veterinario**
Nombre: Andrea Trejos Baena
CC: 1053800768
Cargo: Directora medica

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

**CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO**

Fecha de ingreso: 15-Sep-24
Paciente: Salvador # HC: 2883
Diagnostico presuntivo: Fractura

Sexo: M X H
Especie: Canino
Edad: 10 años

Peso: 10 Cta $ 3
Médico tratante:
Obs. Con tutores.

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 15/09 | Meloxic 2y | 24h | IV | 0.2mg | 0.2ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | |
| | Dipirona | 12h | IV | 25mg | 0.9ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16/09. | Fentanilo | DF | IV | 3mcg/kg | 1ml | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fentanilo | DF | IV | 2mcg/kg | 0.8ml | | | ⊗ | ⊗ | ⊗ | ⊗ | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Meloxic 2y. | 24h | IV | 0.1mg | 0.1ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | |
| | Dipirona | 12h | IV | 25mg | 0.9ml | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

**Exámen físico diario paciente hospitalizado**

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

Ingresa: _____ Obs: _____

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

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

| PACIENTE: Salvador | FECHA | FECHA | | FECHA | # HC 2883 | FECHA | | FECHA | FECHA | 15-Sep-24 | | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 13/09 | | | | ARTICULO | 15/09 | | | | ARTICULO | 15/09 | | | |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | | LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | | TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | | LATA E/N CANINO 377 G | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | | LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BURETA 150 ML X UND | 1 | | | | LATA HA CANINE X 377 GR | | | | | VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | | LLAVE DE TRES VIAS | | | | | VENDA TELA O GASA 4XS UND | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | | MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | | VENOCLISIS MACROGOTEO | 1 | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | | | | | MILPRO CACHORRO TAB | | | | | VENOCLISIS MICROGOTEO | 1 | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | 1 | | | | OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | | VLIWASORB APOSITO | | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | | | | | OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | | VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | | SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | | CITOLOGIA | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | 1 | | | | SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | | ECOGRAFIA ABDOMINAL | | | | |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | | SOLUCION CLORURO X 100ML | | | | | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | 1 | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCION CLORURO X 500ML | | | | | HEMOGRAMA UAM | 1 | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | 1 | | | | HIDRATACION | 1 | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | | SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | | HISTOPATOLOGIA | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | | | | | SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | | HOSPITALIZACION | 1 | | | |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | NEBULIZACION | | | | |
| FCO GOTERO X ___ ML | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | | SONDA URINARIA FELINO | | | | | **SERVICIOS Y OTROS** | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | | | SUPRASOB A COMPRESA | | | | | Lactato ringer 1L | 1 | | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | 1 | | | | SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | | | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | | SUT. POLIDIOXANONA # | | | | | | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | | SUT. POLIGALACTINA # | | | | | | | | | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | | SUTURA N/A # | | | | | | | | | |
| JERINGA 1 ML | 1 | | | | TAPON HEPARINIZADO | 1 | | | | | | | | |
| JERINGA 10 ML | | | | | TEST DE FLUORESCEINA | | | | | | | | | |
| JERINGA 20 ML | | | | | TEST DE LEUCEMIA | | | | | | | | | |
| JERINGA 2-3 ML | | | | | TEST DE MOQUILLO | | | | | | | | | |
| JERINGA 5 ML | 1+1 | | | | TEST DE PARVOVIRUS | | | | | | | | | |
| JERINGA 50 ML | | | | | TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | | | | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | | TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt | | | | | | | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | | TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | | | | | | |

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

**Exámen físico diario paciente hospitalizado**

Paciente: Salvador Numero de HC: 2883 Peso de ingreso: 19 kg

Ingresa: 15-09-24 Obs:

| FECHA | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA | 15/09 | 16/09 | | | | | | | | | | | | | | |
| PARAMETRO | 10:30 | 5:30am | | | | | | | | | | | | | | |
| T° | 39,3 | 38.6 | | | | | | | | | | | | | | |
| FC | 136 | 88 | | | | | | | | | | | | | | |
| FR | 40d | 28 | | | | | | | | | | | | | | |
| PULSO | F | F | | | | | | | | | | | | | | |
| MUCOSAS | Rosas | Rosas | | | | | | | | | | | | | | |
| TLLC | 2seg | 2seg | | | | | | | | | | | | | | |
| COME | - | | | | | | | | | | | | | | | |
| BEBE | - | | | | | | | | | | | | | | | |
| VOMITO | NO | NO | | | | | | | | | | | | | | |
| HECES | NO | NO | | | | | | | | | | | | | | |
| MICCION | NO | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESION ARTERIAL MEDIA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| % DESHIDRATACION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *dolor | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *neuro | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REALIZADO POR *iniciales | SPJ | SPJ | | | | | | | | | | | | | | |
| PENDIENTES | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

# DISENTIMIENTO INFORMADO

**PROCEDIMIENTO, ACTIVIDAD O TRATAMIENTO:**

HOSPITALIZACIÓN, PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA

Yo, Teresa Velez Arteaga, identificado con cedula de ciudadanía número 42012826 y en calidad de tutor de Salvador (negro), con historia clínica número _____ entiendo que este procedimiento hace parte del plan de tratamiento instaurado y que el Médico Veterinario posee la idoneidad y el entrenamiento suficiente para realizarlo, me han sido explicadas las implicaciones y posibles complicaciones por su **NO** realización. No obstante, me niego al mismo, asumiendo los riesgos bajo mi propia responsabilidad y en constancia de ello firmo.

**Tutor/acudiente:**
**CC** 42012826

Yo, Carlos Ospina en calidad de médico veterinario certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas y riesgos del procedimiento, he contestado todas las preguntas y considero que el tutor comprende todo lo explicado.

**Médico Veterinario:**
**MP:** 3610

Para constancia se firma en la ciudad de **Pereira** el 16 de Sep de 20 24.
Nota: Quien firma como propietario acepta ser el responsable por el/la paciente.

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

SALVADOR

ID del paciente: 2883

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

Sexo: Macho castrado
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

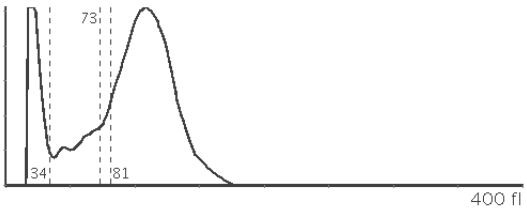
# Hematología

Fecha: 15/09/2024 10:01 PM  N° de serie del analizador: 360017749

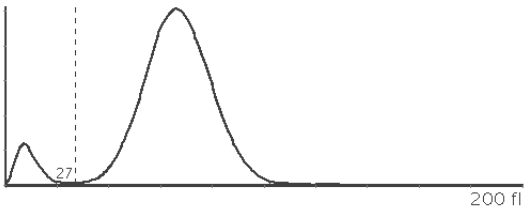
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| LEU Leucocitos/Glóbulos blancos | 6.59 10^3/µl | | 6.0 | 17.0 |
| LIN Linfocito | 1.04 10^3/µl | | 1.0 | 4.8 |
| MON Monocito | 0.37 10^3/µl | | 0.2 | 1.5 |
| NEU Neutrófilo | 5.14 10^3/µl | | 3.0 | 12.0 |
| EOS Eosinófilo | 0.02 10^3/µl | | 0.0 | 0.8 |
| BAS Basófilo | 0.01 10^3/µl | | 0.0 | 0.4 |
| LIN% Linfocito (%) | 15.9 % | | | |
| MON% Monocito (%) | 5.7 % | | | |
| NEU% Neutrófilo (%) | 78.0 % | | | |
| EOS% Eosinófilo (%) | 0.3 % | | | |
| BAS% Basófilo (%) | 0.1 % | | | |
| ERI Eritrocitos/Glóbulos rojos | 7.20 10^6/µl | | 5.5 | 8.5 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| Hb Hemoglobina | 15.1 g/dl | | 12.0 | 18.0 |
| Hto Hematocrito | 48.40 % | | 37.0 | 55.0 |
| VCM Volumen corpuscular medio | 67 fl | | 60.0 | 77.0 |
| HCM Hemoglobina corpuscular media | 20.9 pg | | 19.5 | 24.5 |
| CHCM Concentración de HCM | 31.1 g/dl | | 31.0 | 39.0 |
| RDWc Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 20.8 % | | 14.0 | 20.0 ALTO |
| RDWs Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 46.1 fl | | | |
| PLT Plaquetas | 439 10^3/µl | | 165.0 | 500.0 |
| VPM Volumen plaquetario medio | 8.9 fl | | 3.9 | 11.1 |
| PCT Plaquetocrito | 0.39 % | | | |
| PDWc Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 35.0 % | | | |
| PDWs Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 12.9 fl | | | |

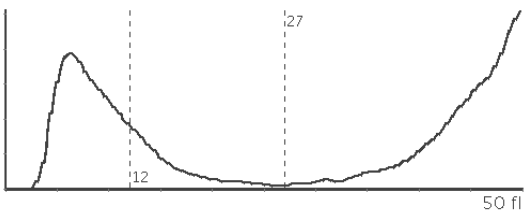
## Histograma: LEU




## Histograma: ERI




## Histograma: PLT




## Histograma: EOS



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

SALVADOR

ID del paciente: 2883

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

Sexo: Macho castrado
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

# Prep Profile II

Fecha: 15/09/2024 11:06 PM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 4023BB4

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **ALP**<br>Fosfatasa alcalina | 56<br>U/L | | 20.0 – 150.0 | |
| **ALT**<br>Alanina aminotransferasa | 26<br>U/L | | 10.0 – 118.0 | |
| **BUN**<br>Nitrógeno ureico en sangre | 13<br>mg/dL | | 7.0 – 25.0 | |
| **CRE**<br>Creatinina | 0.8<br>mg/dL | | 0.3 – 1.4 | |
| **GLU**<br>Glucosa | 104<br>mg/dL | | 60.0 – 110.0 | |
| **TP**<br>Proteinas totales | 7.9<br>g/dL | | 5.4 – 8.2 | |

Hemólisis
0

Lipemia
0

Ictericia
0


L


L



Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

**Fecha:** 17/10/2024 **Remitido por:** Andres Trigos

**Especie / Raza:** Canino / Mestizo **Nombre:**

**Diagnóstico presuntivo:** Linfedema / Linfoma

**Quién traslada nombre / Cédula:**

Se remite paciente canino geriatrico para estabilizacion y diagnostico, se recomienda Examenes, ecografia y Rx, dependiendo de los resultado establecer pronostico.

Cra 13 # 9-67
Circunvalar

27655

**Firma de Profesional Veterinario**

**Firma del encargado**

Powered by CamScanner

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *22/10/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 163-SASHA
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 17/10/2024
Última Visita: 18/10/2024

Paciente: SASHA
Especie: CANINO
Raza: MESTIZO
Sexo: HEMBRA CASTRADA
Pelaje:
Microchip:
Fecha de Nac.: 20/10/2012
Fecha de Alta: 17/10/2024
Última Visita: 18/10/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 17/10/2024 09:14:58 AM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558

PACIENTE INGRESA REMITIDA DE HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO TRAIDA POR LA SEÑORA

LUZ PIEDAD RIVER LOAIZA CC:42089504
DIR: MZ 30 CS 22 SAMARIA II
CEL: 3112184043

Indican que es una canina callejera.

Hace 15 días la notan decaída y hace una semana has estado con la pata muy inflamada y permanece acostada. Hace dos o tres días no se para, tiene dificultad para orinar y defecar. Ha estado vomitando, yo traje lo que vomitó.

La persona que la trae indica que se podrían hacer cargo de ella en caso de ser necesario.

No ha comido hoy, ayer se le dio un poquito de alimento húmedo, no ha querido recibir mucho.

****** Exámen Físico Fecha: 17/10/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: 38.9 °C -- F.C.: 136 /minuto -- F.R.: 72 /minuto

****** Exámen Físico Fecha: 17/10/2024 -- Atendido Por:
General: DECAIDA, APÁTICA AL MEDIO
Ojos - Orejas - Nariz - Garganta: SIN SECRECIONES
Piel tegumento: PACIENTE CON ULCERAS EN MUSLO IZQUIERDO REGIÓN CAUDAL, LESIÓN CON MAL OLOR
Músculo esquelético: INCLAAMCIÓN SEVERA DE MUSLO IZQUIERDO, DOLOR A LA PALPACIÓN, SE PERCIBE CREPITACIÓN
Cardiovascular: MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS, TLLC:2SG
Respiratorio: SIN SONIDOS ANORMALES, TAQUIPNEA
Gastrointestinal: SIN DOLOR NI DISTENSIÓN ABDOMINAL
Genital - Reproductor: SLA
Neurológico: SLA
Tratamiento: SE CANALIZA VENA CEFÁLICA CON CATETER # 22 Y SE TOMAN MUESTRAS DE SANGRE PARA HEMOGRAMA Y BIOQUIMICAS

SE REALIZA RADIOGRAFÍA DE TORAX, UNA IMAGEN DE ABDOMEN Y UNA LATERAL DEL MIMEBRO AFECTADO, SE APRECIA TEJIDO MUSUCLAR CAVITADO (¿NEOPLASIA?? ¿ABSCESO??)

-COLIVET: 20MG/KG IVCADA 8 HRS
-METRONIDAZOL: 20MG/KG IV CADA 12 HRS
-AMPICILINA + SULBA: 25MG/KG IV CADA 12 HRS
-MELOXIC 2%: 0.05MG/KG IV CADA 24 HRS
-EDO ATP: 2 ML IV CADA 24 HRS

*** Fecha: 17/10/2024 11:08:54 AM HEMOGRAMA
*** Fecha: 17/10/2024 11:09:18 AM COMPREHENSIVE DIAGNOSTIC PROFILE

****** Fecha: 17/10/2024 05:30:24 PM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente adinámica, muy decaída. Bebe agua y consume un poco de alimento, pero regurgita de forma inmediata. Se inicia ONDANSETRON 0.02MG/KG/HR POR 3 HRS

En el momento el pronóstico con la paciente es reservado pues presenta aumento de bioquímicas renales, se mantendrá con fluidos contantes y se repetirán examines el sábado para evaluar evolución

****** Exámen Físico Fecha: 17/10/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: 38 °C -- F.C.: 152 /minuto -- F.R.: 32 /minutoCardiovascular: MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS.

****** Fecha: 18/10/2024 07:00:10 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente postrada, se cambia de posición, inflamación del mimbro pélvico, se deja con fluido terapia durante toda la noche, presenta regurgitación 3 episodios, no se da alimento ni agua porque de inmediato los regurgita, no orina ni defeca, se la pasa postrada todo el turno, tiene pendiente el día de hoy tomar citología y según resultado se determinará paso a seguir, en la mañana se observa que la herida reventó y sale contenido sero sanguinolento. o Tomar Citología, parcial de orina.

****** Fecha: 18/10/2024 12:05:54 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
Paciente deprimido de cubito latera, presenta regurgitación y vómitos con sangre, no orina ni defeca, presencia de líquido sanguinolento por miembro posterior izquierdo con gas y fétido. se realiza citología y se observa proceso inflamatorio piogralumatoso séptico con células redondas compatibles con mastocitos, debido a diagnóstico, pronostico y estado de paciente se toma la decisión de realizar procedimiento de eutanasia. Se procede a administrar Propofol 3 mg/kg IV, Paciente entra en estado de sedación por lo que se administra Eutanex 6 ml, paciente entra en paro cardiorrespiratorio y fallece. Quedo cuerpo en nevera.
*** Fecha: 18/10/2024 12:12:03 PM CITOLOGIA

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 18/10/2024 TITULO: CITOLOGIA
observacion: Hipercelularidad, neutrofilos degenerados moderados (+++), neutofilos no degenerados frecuentes (++++), macrofagos moderados (+++), celulas redondas con abundante punteado basofilo (Mastocitos), bacterias tipo cocos frecuentes.

DIAGNOSTICO CITOLOGICO:
*Proceso Inflamatorio Piogranulomatoso Septico
*Posible Tumor de celulas redondas (Mastocitoma).

FECHA: 17/10/2024 TITULO: HEMOGRAMA
ver archivos adjuntos

FECHA: 17/10/2024 TITULO: COMPREHENSIVE DIAGNOSTIC PROFILE
ver archivos adjuntos

# CTA. CTE.

*11/11/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 163-SASHA

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 18/10/2024 | CONSULTA UAM DIURNA - Unit. $0 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 0 | 0 | 0 |
| 18/10/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 24300 | 0 | 24300 |
| 18/10/2024 | *ROTOR DIAGNOSTICO COMPLETO (ALB,ALP,ALT,AMY,BUN,CA,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+,PHOS,TB - Unit. $95000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 95000 | 0 | 119300 |
| 18/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 31500 | 0 | 150800 |
| 18/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 18700 | 0 | 169500 |
| 18/10/2024 | UAM CITOLOGIA SECRECIONES/PAF - Unit. $52600 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 52600 | 0 | 222100 |
| 18/10/2024 | HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 23400 | 0 | 245500 |
| 18/10/2024 | LIMPIEZA HERIDA PROCEDIMIENTO - Unit. $15300 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 15300 | 0 | 260800 |
| 18/10/2024 | *METRONIDAZOL VIAL X 100 ML - Unit. $16000 - SANTIAGO PULGARIN | 3.00 | 48000 | 0 | 308800 |
| 18/10/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE (3 PLACAS) - Unit. $79500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 79500 | 0 | 388300 |
| 18/10/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE VISTA ADICIONAL/CONTROL (1) - Unit. $22000 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 44000 | 0 | 432300 |
| 18/10/2024 | *BURETA 150 ML X UND - Unit. $4600 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 4600 | 0 | 436900 |
| 18/10/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 20 ROSADO - Unit. $2900 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 5800 | 0 | 442700 |
| 18/10/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3600 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 3600 | 0 | 446300 |
| 18/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 1000 | 0 | 447300 |
| 18/10/2024 | *EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD - Unit. $1300 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 1300 | 0 | 448600 |
| 18/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN | 4.00 | 2000 | 0 | 450600 |
| 18/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - SANTIAGO PULGARIN | 3.00 | 1050 | 0 | 451650 |
| 18/10/2024 | *19 JERINGA 50 ML UNIDAD - Unit. $2000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 2000 | 0 | 453650 |
| 18/10/2024 | *SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 9800 | 0 | 463450 |
| 18/10/2024 | *19 TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $550 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 550 | 0 | 464000 |
| 18/10/2024 | *VENOCLISIS MACROGOTEO - Unit. $3400 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 3400 | 0 | 467400 |
| 18/10/2024 | *AMPICILINA + SULBACTAM VIAL 1,5 G - Unit. $7600 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 7600 | 0 | 475000 |
| 18/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 1,1 A 3 ML - Unit. $5600 - | 2.00 | 11200 | 0 | 486200 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| | SANTIAGO PULGARIN | | | | |
| 18/10/2024 | *MELOXIC INY 2% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5200 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 5200 | 0 | 491400 |
| 18/10/2024 | *EDO ATP SUSP INY DE 0,5 A 2 ML - Unit. $5200 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 5200 | 0 | 496600 |
| 18/10/2024 | *ONDANSETRON AMPLL 8 MG/4L - Unit. $3900 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 3900 | 0 | 500500 |
| 18/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - MARIA DANIELA | 1.00 | 350 | 0 | 500850 |
| 18/10/2024 | EUTANASIA PROCEDIMIENTO - Unit. $58900 - MARIA DANIELA | 1.00 | 58900 | 0 | 559750 |
| 18/10/2024 | *EUTHANEX INY X ML - Unit. $14000 - MARIA DANIELA | 6.00 | 84000 | 0 | 643750 |
| 18/10/2024 | *FCO PROPOFOL 1% VIAL X 20ML - Unit. $38000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 38000 | 0 | 681750 |
| 18/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 1,1 A 3 ML - Unit. $5600 - MARIA DANIELA | 1.00 | 5600 | 0 | 687350 |
| 18/10/2024 | *DISPOSICION X KG - Unit. $5600 - ORLANDO LEMA | 30.00 | 168000 | 0 | 855350 |
| 18/10/2024 | TOMA DE MUESTRA - Unit. $5000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 5000 | 0 | 860350 |

Moneda: $ **SALDO:** 860350

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

**Fecha:** 17/10/2024 **Remitido por:** Andres Tuzos

**Especie / Raza:** Canino / Mestizo **Nombre:**

**Diagnóstico presuntivo:** Linfedema / Linfoma

**Quién traslada nombre / Cédula:**

Se remite paciente canino geriatrico para estabilizacion y diagnostico, se recomienda Examenes, ecografia y Rx, dependiendo de los resultado establecer pronostico.

Cra 13 # 9-67
Circunvalar

27655

**Firma de Profesional Veterinario**

**Firma del encargado**

**Nombres y Apellidos**
**MP:** _____

**Nombres y Apellidos**
**CC:**

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES REMITIDOS DEL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO**

Yo Luz Rubid Ruiz L. identificado con cédula de ciudadanía número 42089504 de Pereira. en calidad de responsable de Sacha., especie perrita., raza mestiza, sexo M___ H X, de 12 años, con 31 Kg de peso e historia clínica número 3042. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del paciente, por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar su estado de salud.

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

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

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: Infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

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

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

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

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución. He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

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

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

En contraparte yo Daniela Restrepo Morales con tarjeta profesional número 28559 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

**Nota: Quien firma como acudiente acepta ser el responsable por el paciente; En caso que el paciente no tenga acudiente el hospital público veterinario de la ciudad de Pereira será el único responsable y tomador de decisiones autorizado y será el encargado de ubicar un hogar o definir el destino final del paciente una vez completada su recuperación.**

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 17 de Oct del 20 21

Luz Rubiela Ruiz
**Tutor/Acudiente**
CC: 42089504
Tel: 3112184043

**Médico Veterinario Visión de las Américas**
MP: 28559

En caso de pacientes sin acudiente por favor diligenciar la siguiente información:

| **Lugar de procedencia o hallazgo** | **Descripción de los hechos** | |
|---|---|---|
| *Especificar sector/barrio/vereda | | |
| **Datos de quien entrega** | | |
| **Nombre completo** | **Cedula** | **Teléfono** |
| | | |
| **Dirección:** | | |

**Autoriza el ingreso Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

**CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO**

Fecha de ingreso: 17 oct 2024 — Sexo: M___ H___ — Peso: 31 kg — Cta $ 3

Paciente: Sasha — # HC: 3042 — Especie: Canino — Médico tratante: DRM

Diagnostico presuntivo: Neoplasia — Edad: 12 - 14 Años — Obs. Convenio.

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17/10 | Cerenia | 8h | IV | 2mg/kg | 1.2mL | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| | Metronidazol | 12h | IV | 7.5mg/kg | 130 ml | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | |
| | Amp + Sulbac | 12h | IV | 25mg/kg | 2.5ml | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | |
| | Meloxic 2% | 24h | IV | 0.05mg/kg | 0.1ml | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | |
| | Epo ATP | 24h | IV | | 2mL | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | |
| | Ondasetron | Infusión | | 0.1mg/kg/h | 2ml | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | ⊗ | ⊗ | ⊗ | ⊗ | ⊗ | | | |
| 18/10 | Cerenia | 8H | IV | 2mg/kg | 1.2ml | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| | Metronidazol | 12H | IV | 7.5mg/kg | 130ml | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | |
| | Amp + Sulbac | 12H | IV | 25mg/kg | 2.5ml | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | |
| | Meloxic 2% | 24H | IV | 0.05mg/kg | 0.1ml | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | |
| | Epo ATP | 24H | IV | | 2ml | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | |

EUTANASIA

**Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:**

Programado O
Aplicado X

# Clínica Veterinaria Visión de la Américas

## Exámen físico diario paciente hospitalizado

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

Ingresa: _____ Obs: _____

| FECHA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA | 17/10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PARAMETRO | 4:00PM | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T° | 39 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FC | 152 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FR | 32 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PULSO | F | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MUCOSAS | R | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TLLC | 2" | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COME | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BEBE | Si | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VOMITO | Si | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HECES | No | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MICCION | No | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESION ARTERIAL MEDIA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| % DESHIDRATACION | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *dolor | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *neuro | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REALIZADO POR *iniciales | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PENDIENTES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

| PACIENTE: Sasha | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | # HC 3042 | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA | | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 17oct | 18/10 | | | ARTICULO | 17oct | | | | ARTICULO | 17oct | 18/10 | | |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | | LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | | TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI | | | | |
| AOIFLUX TAB 500 MG | | | | | LATA E/N CANINO 377 G | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | | LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | | TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| BURETA 150 ML X UND | 1 | | | | LATA HA CANINE X 377 GR | | | | | VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | | LLAVE DE TRES VIAS | | | | | VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | | MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | | VENOCLISIS MACROGOTEO | 1 | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | 2 | | | | MILPRO CACHORRO TAB | | | | | VENOCLISIS MICROGOTEO | | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | 1 | | | | OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | | VLIWASORB APOSITO | | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | | | | | OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | | VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | | SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | | CITOLOGIA UAM. | 1 | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | | | | | SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | | ECOGRAFIA ABDOMINAL | | | | |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | | SOLUCION CLORURO X 100ML | | | | | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | 1 | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCION CLORURO X 500ML | | | | | HEMOGRAMA UAM | 1 | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | | SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | H1 | | | | HIDRATACION | 1 | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | | SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | | HISTOPATOLOGIA | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | 1 | | | | SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | | HOSPITALIZACION | 1 | | | |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | NEBULIZACION | | | | |
| FCO GOTERO X ___ ML | | | | | SONDA NELATHON # | | | | | REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | | SONDA URINARIA FELINO | | | | | SERVICIOS Y OTROS | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | | | SUPRASOB A COMPRESA | | | | | Raspar completo | 1 | | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | | | | | SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | | Limpieza Herida | 1 | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | | SUT. POLIDIOXANONA # | | | | | Imagen Rx Adicional | 2 | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | | SUT. POLIGALACTINA # | | | | | Metronidazol Esca | 2 | | | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | | SUTURA N/A # | | | | | Eutanasia | 1 | | | |
| JERINGA 1 ML | 1 | | | | TAPON HEPARINIZADO | 1 | | | | Eutanex 6ML | 1 | | | |
| JERINGA 10 ML | | | | | TEST DE FLUORESCEINA | | | | | Propofol Esca | 1 | | | |
| JERINGA 20 ML | | | | | TEST DE LEUCEMIA | | | | | Citologia | | 1 | | |
| JERINGA 2-3 ML | 2. | | | | TEST DE MOQUILLO | | | | | | | | | |
| JERINGA 5 ML | 1 | 1 | | | TEST DE PARVOVIRUS | | | | | | | | | |
| JERINGA 50 ML | 1 | | | | TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | | | | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | | TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt | | | | | | | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | | TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | | | | | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

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

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

zoetis

**Sasha**

ID del paciente: 3042

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 20/10/2012
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Hembra
Raza: Mestizo
Doctor: Desconocido/a

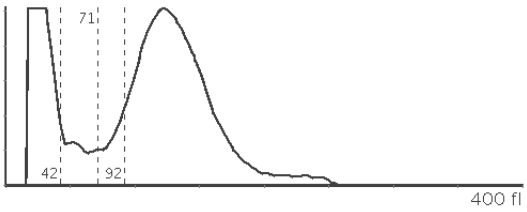
# Hematología

Fecha: 17/10/2024 11:02 AM  N° de serie del analizador: 360017749

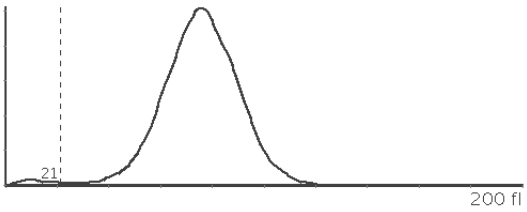
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **LEU** Leucocitos/Glóbulos blancos | 20.08 10^3/µl | ALTO | 6.0 | 17.0 |
| **LIN** Linfocito | 1.78 10^3/µl | | 1.0 | 4.8 |
| **MON** Monocito | 1.62 10^3/µl | ALTO | 0.2 | 1.5 |
| **NEU** Neutrófilo | 16.56 10^3/µl | ALTO | 3.0 | 12.0 |
| **EOS** Eosinófilo | 0.12 10^3/µl | | 0.0 | 0.8 |
| **BAS** Basófilo | 0.01 10^3/µl | | 0.0 | 0.4 |
| **LIN%** Linfocito (%) | 8.9 % | | | |
| **MON%** Monocito (%) | 8.0 % | | | |
| **NEU%** Neutrófilo (%) | 82.5 % | | | |
| **EOS%** Eosinófilo (%) | 0.6 % | | | |
| **BAS%** Basófilo (%) | 0.0 % | | | |
| **ERI** Eritrocitos/Glóbulos rojos | 4.33 10^6/µl | BAJO | 5.5 | 8.5 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **Hb** Hemoglobina | 10.7 g/dl | BAJO | 12.0 | 18.0 |
| **Hto** Hematocrito | 32.85 % | BAJO | 37.0 | 55.0 |
| **VCM** Volumen corpuscular medio | 76 fl | | 60.0 | 77.0 |
| **HCM** Hemoglobina corpuscular media | 24.8 pg | ALTO | 19.5 | 24.5 |
| **CHCM** Concentración de HCM | 32.6 g/dl | | 31.0 | 39.0 |
| **RDWc** Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 19.2 % | | 14.0 | 20.0 |
| **RDWs** Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 48.4 fl | | | |
| **PLT** Plaquetas | 35 10^3/µl | BAJO | 165.0 | 500.0 |
| **VPM** Volumen plaquetario medio | 10.5 fl | | 3.9 | 11.1 |
| **PCT** Plaquetocrito | 0.04 % | | | |
| **PDWc** Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 39.5 % | | | |
| **PDWs** Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 18.5 fl | | | |

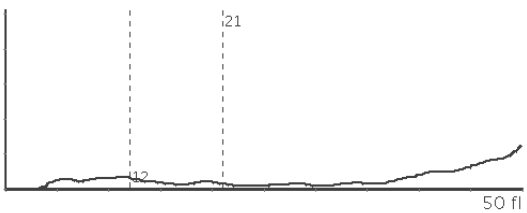
## Histograma: LEU



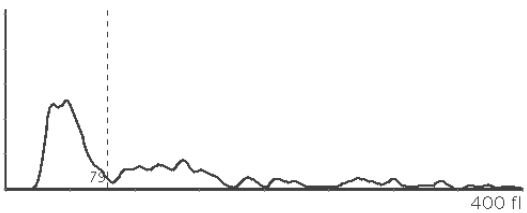

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT




## Histograma: EOS



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

zoetis

**Sasha**

ID del paciente: 3042

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 20/10/2012
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Hembra
Raza: Mestizo
Doctor: Desconocido/a

# Comprehensive Diagnostic

Fecha: 17/10/2024 10:56 AM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 4173AC4

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| ALB<br>Albúmina | 1.3 *<br>g/dL | BAJO | 2.5 – 4.4 | |
| ALP<br>Fosfatasa alcalina | 118<br>U/L | | 20.0 – 150.0 | |
| ALT<br>Alanina aminotransferasa | 40<br>U/L | | 10.0 – 118.0 | |
| AMY<br>Amilasa | 962<br>U/L | | 200.0 – 1200.0 | |
| TBIL<br>Bilirrubina total | 0.4<br>mg/dL | | 0.1 – 0.6 | |
| BUN<br>Nitrógeno ureico en sangre | 83 *<br>mg/dL | | 7.0 – 25.0 | ALTO |
| CA<br>Calcio | 9.0<br>mg/dL | | 8.6 – 11.8 | |
| PHOS<br>Fósforo | 12.9 *<br>mg/dL | | 2.9 – 6.6 | ALTO |
| CRE<br>Creatinina | 5.2 *<br>mg/dL | | 0.3 – 1.4 | ALTO |
| GLU<br>Glucosa | 60 *<br>mg/dL | BAJO | 60.0 – 110.0 | |
| NA+<br>Sodio | 132 *<br>mmol/L | BAJO | 138.0 – 160.0 | |
| K+<br>Potasio | 6.4 *<br>mmol/L | | 3.7 – 5.8 | ALTO |
| TP<br>Proteinas totales | 6.2<br>g/dL | | 5.4 – 8.2 | |
| GLOB<br>Globulina | 4.9<br>g/dL | | 2.3 – 5.2 | |

Hemólisis
0

Lipemia
1+

Ictericia
0

# MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

11/11/2024

**CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS**

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR
Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010
INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 163-SASHA
Domiciliado en la calle: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR
Localidad: RISARALDA

Paciente: SASHA
Especie: CANINO
Raza: MESTIZO
Sexo: HEMBRA CASTRADA
Fecha Nac.: 20/10/2012

## 18/10/2024 CITOLOGIA

observacion: Hipercelularidad, neutrofilos degenerados moderados (+++), neutofilos no degenerados frecuentes (++++), macrofagos moderados (+++), celulas redondas con abundante punteado basofilo (Mastocitos), bacterias tipo cocos frecuentes.

DIAGNOSTICO CITOLOGICO:
*Proceso Inflamatorio Piogranulomatoso Septico
*Posible Tumor de celulas redondas (Mastocitoma).


Img:3
Anatomy: Abdomen
View: LAT
Lat: U
W: 03118
L: 03361
Vet Rec
LILJVARI, Sasha 2042
Canine Mastiff
Acq Dt: 17/10/2014
Acq Dev: R44


Img:0
Anatomy: Torax
View: LAT
Lat: U
kP: 63200
I: 17MP,S
Ver Rec
UIUVAN, Sasha 2042
Camino Mundo
Acq Dt: 17/10/2014
Acq Dm: 847


L


L


Img:5
Anatomy: torax
View: VD
Lat: U
VF:GEDIT
E:1254R 5
Vet Rec
L
Canine Medio
Acq Tm: 816
L


Img:1
Anatomy: Torax
Vista: LAT
Lat: D
VP: GRAY
E: 32768.5
Vet Rec
LXL-MARL Spirix 3043
Canine Medio
Acq D: 17/03/2014
Acq Tm: 9:17









# FICHA CLÍNICA

Impresa el *22/10/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 165-SIMBA
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 17/10/2024
Última Visita: 19/10/2024

Paciente: SIMBA
Especie: FELINO
Raza: MESTIZO
Sexo: HEMBRA CASTRADA
Pelaje:
Microchip:
Fecha de Nac.: 19/10/2016
Fecha de Alta: 17/10/2024
Última Visita: 19/10/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 17/10/2024 06:46:53 PM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente ingresa remitido de HOSPITAL PÚBLICO VETERINARIO

TRAIDO POR LA SEÑORA
LINA JANETH HOYOS OSPINA 42134518
CEL: 3205696247
DIR: CRA 10 # 6-49

MOTIVO DE CONSULTA: Lo notaron inapetente desde el domingo, estaba inapetente, muy decaído y somnoliento. Ha tenido mucha dificultad para pararse, cada vez que se intenta parar se va hacia un lado. Él vive en zona rural, él se sube a los árboles y a los muros y tiene acceso al exterior y no se sabe que le pudo pasar.

Se consultó desde ayer en el hospital, le hicieron exámenes de laboratorio y al parecer están bien, pero que hay un déficit de defensas, de resto todo está normal, estaba pendiente RX. Hoy fuimos a llevarlo, le estaban haciendo hidratación venosa y nos lo entregaron para llevarlo mañana, pero cuando íbamos con él se descompensó, el quedó sin respiración, empezó ñarriar muy duro y botaba babaza por la boca, no tenía movimientos involuntarios

No ha comido, según lo que dijeron en el hospital les recibió pollo, no comido nada.

El sí orina y defeca, pero muy poco

****** Fecha: 18/10/2024 06:56:36 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491

peso: 5 kg
tem: 38.4
FC:168
FR 44.

Paciente ingresa por presentar inapetencia y dolor en región lumbosacra, ingresa canalizado, se toman muestra para rotor preventivo, sin alteraciones, ingresa con hemograma del convenio, con leve leucocitosis, se realiza test de vif y felv negativo, ingresa para manejo de dolor, se observa molestia a la palpación de cadera, no se evidencia fractura ni crepitación en huesos largos, se observa ataxia, al caminar da pocos pasos y luego se sienta, semiplantígrado, reactividad en linfonodo poplíteo de MPD, se medica con tramadol 3mg/kg, Dipirona 15mg/kg, PREGABALINA 3mg/kg, se deja con fluido terapia 10ml/h, estaba yendo a medicación al hospital público, paciente se ofrece concentrado y come con apetito, toma agua, orina pero no defeca, se le explica la situación al neurólogo, el cual refiere que apenas tomen la radiografía se las envíen para determinar si se pasa por consulta neurológica con él, paciente se deja en ayuno desde las 12 am para tomar radiografía de cadera, tiene autorizado todo lo que requiera. Constantes o Tomar rx de cadera bajo sedación. (enviar imágenes al Neuro y determinar si se pasa por consulta)

*** Fecha: 18/10/2024 07:57:25 PM ROTOR PREVENTIVO

****** Fecha: 18/10/2024 08:06:05 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO DIURNO
Paciente estable, no presenta vómitos ni diarrea, orina mas no defeca, se realiza radiografía (Se envía imagen a traumatólogo en cual comenta que sospecha de enfermedad degenerativa articular), se continua con la medicación establecida, constantes FC 148 FR 30 T 38.3, Mucosas rosadas. Persiste con posición plantígrada, lordosis y dolor al caminar. En horas de la tarde lo visitan y se comenta de diagnóstico diferenciales, presenta sialorrea con propietarios, pero cuando se retiran se detiene. Pendiente PCR de hemoparasitos + Sida + Leucemia. Se recomienda interconsulta con Traumatólogo.

****** Fecha: 19/10/2024 05:46:31 AM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
TURNO NOCHE: Alerta al medio, activo, responde a estímulos externos. Marcha con un poco de debilidad, se incorpora en cuadripedestacion, orina y defeca con normalidad. Come muy bien concentrado, toma agua. Dolor aparentemente controlado. considerar pasarlo por consulta con especialidad neurológica antes del alta médica.

****** Fecha: 19/10/2024 03:17:28 PM -- Atendido Por: DANIELA RESTREPO MORALES - MP. 28558
Paciente atento al medio, cariñoso, receptivo a las caricias, come con mucho apetito y bebe agua. Orina, no defeca. Al desplazarse continúa presentando posición plantígrada de miembros posteriores. Sin episodios de salivación.

Se comenta a propietaria que el paciente tiene alta médica y que por el momento no han autorizado la consulta por especialidad pero que continuará con manejo analgésico en casa.

****** Exámen Físico Fecha: 19/10/2024 -- Atendido Por:
Temperatura: 38.5 °C -- F.C.: 160 /minuto -- F.R.: 48 /minutoCardiovascular: MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS. TLLC:2SG

*** Fecha: 19/10/2024 12:23:04 PM FÓRMULA MÉDICA

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 19/10/2024 TITULO: FÓRMULA MÉDICA
I) SOLENCIA 7MG ..... #1
Aplicar via subcutánea una ampolla una vez al mes durante 3 meses consecutivos inicialmente.

II) MELOXIPET GOTAS 0.15% ..... #1
Administrar via oral 2 gotas una vez al día con el estómago lleno durante 6 días consecutivos.

III) LYRICA SOLUCIÓN 20MG/ML ..... #1
Administrar via oral 0.7 ml cada 12 horas con el estómago lleno durante un mes consecutivo inicialmente.

NOTA

* Se recomienda interconsulta con neurología.
* Agendar control en 7 días o antes según evolución (En hospital público veterinario)
* Cualquier irregularidad o molestia presentada consultar inmediatamente.

DANIELA RESTREPO MORALES
MP:28558

FECHA: 18/10/2024 TITULO: ROTOR PREVENTIVO
ver archivo adjunto

# CTA. CTE.

*11/11/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 165-SIMBA

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 18/10/2024 | CONSULTA UAM DIURNA - Unit. $0 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 0 | 0 | 0 |
| 18/10/2024 | *ROTOR CUIDADO PRENTIVO ALB,ALP,ALT,AST,BUN,CA,CL-,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+, TBIL,TC - Unit. $95000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 95000 | 0 | 95000 |
| 18/10/2024 | *TEST LEUCEMIA FELV-FIV UND - Unit. $49000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 49000 | 0 | 144000 |
| 18/10/2024 | HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 35000 | 0 | 179000 |
| 18/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 18700 | 0 | 197700 |
| 18/10/2024 | HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 23400 | 0 | 221100 |
| 18/10/2024 | *VENOCLISIS MICROGOTEO - Unit. $3400 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 3400 | 0 | 224500 |
| 18/10/2024 | *SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 4900 | 0 | 229400 |
| 18/10/2024 | *EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD - Unit. $1300 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 1300 | 0 | 230700 |
| 18/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 1000 | 0 | 231700 |
| 18/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - SANTIAGO PULGARIN | 3.00 | 1500 | 0 | 233200 |
| 18/10/2024 | *TRAMADOL 50MG/ML AMPLL - Unit. $2800 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 2800 | 0 | 236000 |
| 18/10/2024 | *SUP PREGABALINA 20MG/ML - Unit. $1700 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 1700 | 0 | 237700 |
| 18/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 5000 | 0 | 242700 |
| 18/10/2024 | ARENA PARA GATOS X LB - Unit. $2800 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 5600 | 0 | 248300 |
| 18/10/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 24300 | 0 | 272600 |
| 18/10/2024 | HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 23400 | 0 | 296000 |
| 18/10/2024 | TOMA DE MUESTRA - Unit. $5000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 5000 | 0 | 301000 |
| 19/10/2024 | SEDACION PROCEDIMIENTO - Unit. $40000 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 40000 | 0 | 341000 |
| 19/10/2024 | *PROPOFOL INY 1% DOSIS X ML - Unit. $7800 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.50 | 11700 | 0 | 352700 |
| 19/10/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE (3 PLACAS) - Unit. $79500 - DANIELA TRESPALACIOS | 2.00 | 159000 | 0 | 511700 |
| 19/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 5000 | 0 | 516700 |
| 19/10/2024 | *SUP PREGABALINA 20MG/ML - Unit. $1700 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.40 | 2400 | 0 | 519100 |
| 19/10/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 5300 | 0 | 524400 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 19/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5000 | 0 | 529400 |
| 19/10/2024 | *SUP PREGABALINA 20MG/ML - Unit. $1700 - DANIELA RESTREPO | 1.50 | 2550 | 0 | 531950 |
| 19/10/2024 | *MELODOL INY 0,5% DE 0 A 0,5 ML - Unit. $5300 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5300 | 0 | 537250 |
| 19/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - DANIELA RESTREPO | 4.00 | 2000 | 0 | 539250 |
| 19/10/2024 | HOSPITALIZACION FELINO NOCHE - Unit. $35000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 35000 | 0 | 574250 |
| 19/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 18700 | 0 | 592950 |
| 19/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - DANIELA RESTREPO | 1.00 | 5000 | 0 | 597950 |

Moneda: $

**SALDO:** 597950

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

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES REMITIDOS DEL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO

Yo Lina Janeth Ramos Ospina identificado con cédula de ciudadanía número 42184518 de Pereira en calidad de responsable de Simba, especie Felino, raza criollo, sexo M___ H X, de 8 años, con 5 Kg de peso e historia clínica número 3046. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del paciente, por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar su estado de salud.

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

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

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

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

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

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

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución. He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

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

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

En contraparte yo Daniela Restrepo Morales con tarjeta profesional número 28558 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

**Nota: Quien firma como acudiente acepta ser el responsable por el paciente; En caso que el paciente no tenga acudiente el hospital público veterinario de la ciudad de Pereira será el único responsable y tomador de decisiones autorizado y será el encargado de ubicar un hogar o definir el destino final del paciente una vez completada su recuperación.**

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

Lina Janeth Hoyos O
**Tutor/Acudiente**
CC: 42.184.518
Tel: 3205696247

Daniela Restrepo Morales
**Médico Veterinario Visión de las Américas**
MP:

En caso de pacientes sin acudiente por favor diligenciar la siguiente información:

| **Lugar de procedencia o hallazgo** | **Descripción de los hechos** | |
|---|---|---|
| *Especificar sector/barrio/vereda | | |
| **Datos de quien entrega** | | |
| **Nombre completo** | **Cedula** | **Teléfono** |
| | | |
| **Dirección:** | | |

**Autoriza el ingreso Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de ingreso: 17 oct 2024
Paciente: Samba # HC: 3046
Diagnostico presuntivo: trauma caderia vicolumna

Sexo: M X H
Especie: Felino
Edad: 7 años

Peso: 5.1kg Cta $ 3
Médico tratante:
Obs.

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17/10 | Tramadol | BID | IV | 3mg/kg | 0.3ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | |
| | Dipirona | BID | IV | 15mg/kg | 0.15ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | |
| | Lyrica | BID | PO | 3mg | 0.3ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18/10 | Tramadol | BID | IV | 3MG/K | 0.3ml | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | |
| | Dipirona | BID | IV | 15MG/K | 0.15ml | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | |
| | Lyrica | BID | PO | 3MG | 0.3ml | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | |
| | Meloxicam osl. | SID | SC | 0.1mg | 0.1ml | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19/10 | Tramadol | BID | IV | 2mg/kg | 0.2mL | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | |
| | Dipirona | BID | IV | 15mg/kg | 0.2mL | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | |
| | Lyrica | BID | PO | 3mg/kg | 0.3mL | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | |
| | Meloxicam | SID | IV | 0.1mg/kg | 0.1mL | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | |

| Pertenencias dejadas/observaciones adicionales: | | | Programado O<br>Aplicado X |
|---|---|---|---|

# Clínica Veterinaria Visión de la Américas

## Exámen físico diario paciente hospitalizado

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

Ingresa: _____ Obs: _____

| FECHA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA | 18/10 | 19/10 | | | | | | | | | | |
| PARAMETRO | 3:00AM | 5:00PM | | | | | | | | | | |
| T° | 38.3 | 38.5 | | | | | | | | | | |
| FC | 148 | 160 | | | | | | | | | | |
| FR | 30 | 48 | | | | | | | | | | |
| PULSO | Fuerte | Fuerte | | | | | | | | | | |
| MUCOSAS | rosa | rosa | | | | | | | | | | |
| TLLC | 2" | 2" | | | | | | | | | | |
| COME | SI | SI | | | | | | | | | | |
| BEBE | SI | SI | | | | | | | | | | |
| VOMITO | NO | NO | | | | | | | | | | |
| HECES | NO | NO | | | | | | | | | | |
| MICCION | SI | SI | | | | | | | | | | |
| PESO | | | | | | | | | | | | |
| PRESION ARTERIAL MEDIA | | | | | | | | | | | | |
| % DESHIDRATACION | | | | | | | | | | | | |
| FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *dolor | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *neuro | | | | | | | | | | | | |
| REALIZADO POR *iniciales | | | | | | | | | | | | |
| PENDIENTES | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

| PACIENTE: Simba | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 17/10 | 18/10 | 19/10 | |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | |
| BURETA 150 ML X UND | | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | | | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | 1 | 1 | | |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | 1 | | | |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | |
| FCO GOTERO X ___ ML | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | |
| JERINGA 1 ML | 2 | | 2 | |
| JERINGA 10 ML | | | | |
| JERINGA 20 ML | | | | |
| JERINGA 2-3 ML | 3 | | | |
| JERINGA 5 ML | | | | |
| JERINGA 50 ML | | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | |

| # HC 3046 | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 17/10 | 18/10 | | |
| LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | |
| LATA E/N CANINO 377 G | | | | |
| LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | |
| LATA HA CANINE X 377 GR | | | | |
| LLAVE DE TRES VIAS | | | | |
| MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | |
| MILPRO CACHORRO TAB | | | | |
| OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | |
| OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | |
| SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | |
| SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | |
| SOLUCION CLORURO X 100ML | | | | |
| SOLUCION CLORURO X 500ML | | | | |
| SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | 1 | | | |
| SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | |
| SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | |
| SONDA NELATHON # | | | | |
| SONDA NELATHON # | | | | |
| SONDA URINARIA FELINO | | | | |
| SUPRASOB A COMPRESA | | | | |
| SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | |
| SUT. POLIDIOXANONA # | | | | |
| SUT. POLIGALACTINA # | | | | |
| SUTURA N/A # | | | | |
| TAPON HEPARINIZADO | | | | |
| TEST DE FLUORESCEINA | | | | |
| TEST DE LEUCEMIA | 1 | | | |
| TEST DE MOQUILLO | | | | |
| TEST DE PARVOVIRUS | | | | |
| TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | |
| TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt | | | | |
| TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | |

| | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 9/10 | 8/10 | | |
| TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | | |
| VENOCLISIS MACROGOTEO | | | | |
| VENOCLISIS MICROGOTEO | 1 | | | |
| VLIWASORB APOSITO | | | | |
| VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| CITOLOGIA | | | | |
| ECOGRAFIA ABDOMINAL | | | | |
| ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | | 2 | | |
| HEMOGRAMA UAM | | | | |
| HIDRATACION | 1 | | | |
| HISTOPATOLOGIA | | | | |
| HOSPITALIZACION | 1 | 1 | | |
| NEBULIZACION | | | | |
| REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| **SERVICIOS Y OTROS** | | | | |
| Doppler Mixed | 1 | | | |
| Sedacion | | 1 | | |
| Propofol | | 1.5ml | | |

# ( )ITROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZA )

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

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

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

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

## REGISTRO PARA ENTREGA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS REMITIDOS POR EL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO DEL MUNICIPIO DE PEREIRA

Yo, Paola Andrea Marín Rios, identificado con cedula de ciudadanía número 1089301637 de Pereira entiendo que Simba identificad@ con historia clínica número 3046, ha terminado su proceso de hospitalización y tiene alta médica, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa. Además, a partir de este momento me hago responsable económicamente de su manutención y de sus gastos médicos, que pueden incluir a futuro radiografías, ecografías, exámenes de sangre y/o procedimientos adicionales a los que ya se le han practicado.

Certifico que el/la paciente recibió la atención primaria que requería, fue sometida a procedimientos quirúrgicos y servicios hospitalarios por valor de $ 597.950, y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de estos servicios.

Comprendo que en caso de no seguir el plan de terapéutico instaurado y las recomendaciones pos quirúrgicas dadas por los médicos puede haber complicaciones tales como: Reapertura de dolor, inapetencia.

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

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

Paola Andrea Marín Rios
**Tutor/acudiente:**
Institución:
CC: 1089301637

Daniela Restrepo Morales
**Médico Veterinario:**
Visión de las Américas
M.P: 28555

**Funcionario Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 19 de oct de 2024
Nota: Quien firma el documento acepta ser el responsable del/la paciente.

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

SIMBA

ID del paciente: 3046

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 1/01/2022
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

# Preventive Care Profile Plus

Fecha: 17/10/2024 10:04 PM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 4265AC8

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **BUN**<br>Nitrógeno ureico en sangre | 18<br>mg/dL | | 10.0 – 30.0 | |
| **CRE**<br>Creatinina | 1.3<br>mg/dL | | 0.3 – 2.1 | |
| **ALT**<br>Alanina aminotransferasa | 53<br>U/L | | 20.0 – 100.0 | |
| **ALP**<br>Fosfatasa alcalina | 16<br>U/L | | 10.0 – 90.0 | |
| **AST**<br>Aspartato aminotransferasa | 30<br>U/L | | 12.0 – 43.0 | |
| **TBIL**<br>Bilirrubina total | 0.3<br>mg/dL | | 0.1 – 0.6 | |
| **GLU**<br>Glucosa | 111<br>mg/dL | | 70.0 – 150.0 | |
| **CA**<br>Calcio | 9.7<br>mg/dL | | 8.0 – 11.8 | |
| **TP**<br>Proteinas totales | 7.1<br>g/dL | | 5.4 – 8.2 | |
| **ALB**<br>Albúmina | 2.9<br>g/dL | | 2.2 – 4.4 | |
| **GLOB**<br>Globulina | 4.2<br>g/dL | | 1.5 – 5.7 | |
| **NA+**<br>Sodio | 153<br>mmol/L | | 142.0 – 164.0 | |
| **K+**<br>Potasio | 5.1<br>mmol/L | | 3.7 – 5.8 | |
| **CL-**<br>Cloruros | 123 *<br>mmol/L | ALTO | 99.0 – 122.0 | |
| **tCO2**<br>Dióxido de carbono total | 21<br>mmol/L | | 15.0 – 24.0 | |

Hemólisis
0

Lipemia
0

Ictericia
0

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

SIMBA

ID del paciente: 3046

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 1/01/2022
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

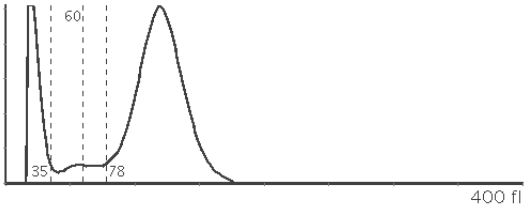
# Hematología

Fecha: 17/10/2024 09:50 PM  N° de serie del analizador: 360017749

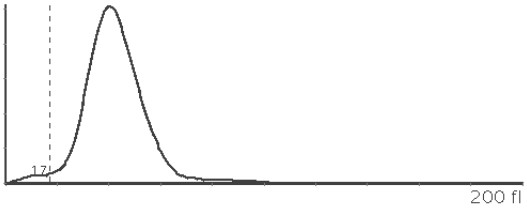
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| LEU Leucocitos/Glóbulos blancos | 16.59 10^3/µl | | 3.5 | 20.7 |
| LIN Linfocito | 0.81 10^3/µl | BAJO | 0.83 | 9.1 |
| MON Monocito | 0.66 10^3/µl | | 0.09 | 1.21 |
| NEU Neutrófilo | 14.07 10^3/µl | ALTO | 1.63 | 13.37 |
| EOS Eosinófilo | 0.98 10^3/µl | ALTO | 0.02 | 0.49 |
| BAS Basófilo | 0.07 10^3/µl | | 0.0 | 0.2 |
| LIN% Linfocito (%) | 4.9 % | | | |
| MON% Monocito (%) | 4.0 % | | | |
| NEU% Neutrófilo (%) | 84.8 % | | | |
| EOS% Eosinófilo (%) | 5.9 % | | | |
| BAS% Basófilo (%) | 0.5 % | | | |
| ERI Eritrocitos/Glóbulos rojos | 10.16 10^6/µl | | 7.7 | 12.8 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| Hb Hemoglobina | 12.6 g/dl | | 10.0 | 17.0 |
| Hto Hematocrito | 38.56 % | | 33.7 | 55.4 |
| VCM Volumen corpuscular medio | 38 fl | | 35.0 | 52.0 |
| HCM Hemoglobina corpuscular media | 12.5 pg | | 10.0 | 16.9 |
| CHCM Concentración de HCM | 32.8 g/dl | | 27.0 | 35.0 |
| RDWc Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 24.9 % | ALTO | 18.3 | 24.1 |
| RDWs Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 32.0 fl | | | |
| PLT Plaquetas | 361 10^3/µl | | 125.0 | 618.0 |
| VPM Volumen plaquetario medio | 10.4 fl | | 8.6 | 14.9 |
| PCT Plaquetocrito | 0.38 % | | | |
| PDWc Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 32.9 % | | | |
| PDWs Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 13.2 fl | | | |

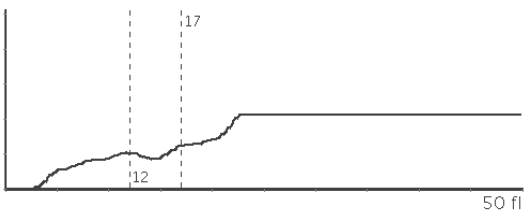
## Histograma: LEU



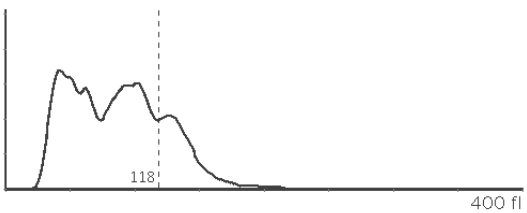

## Histograma: ERI



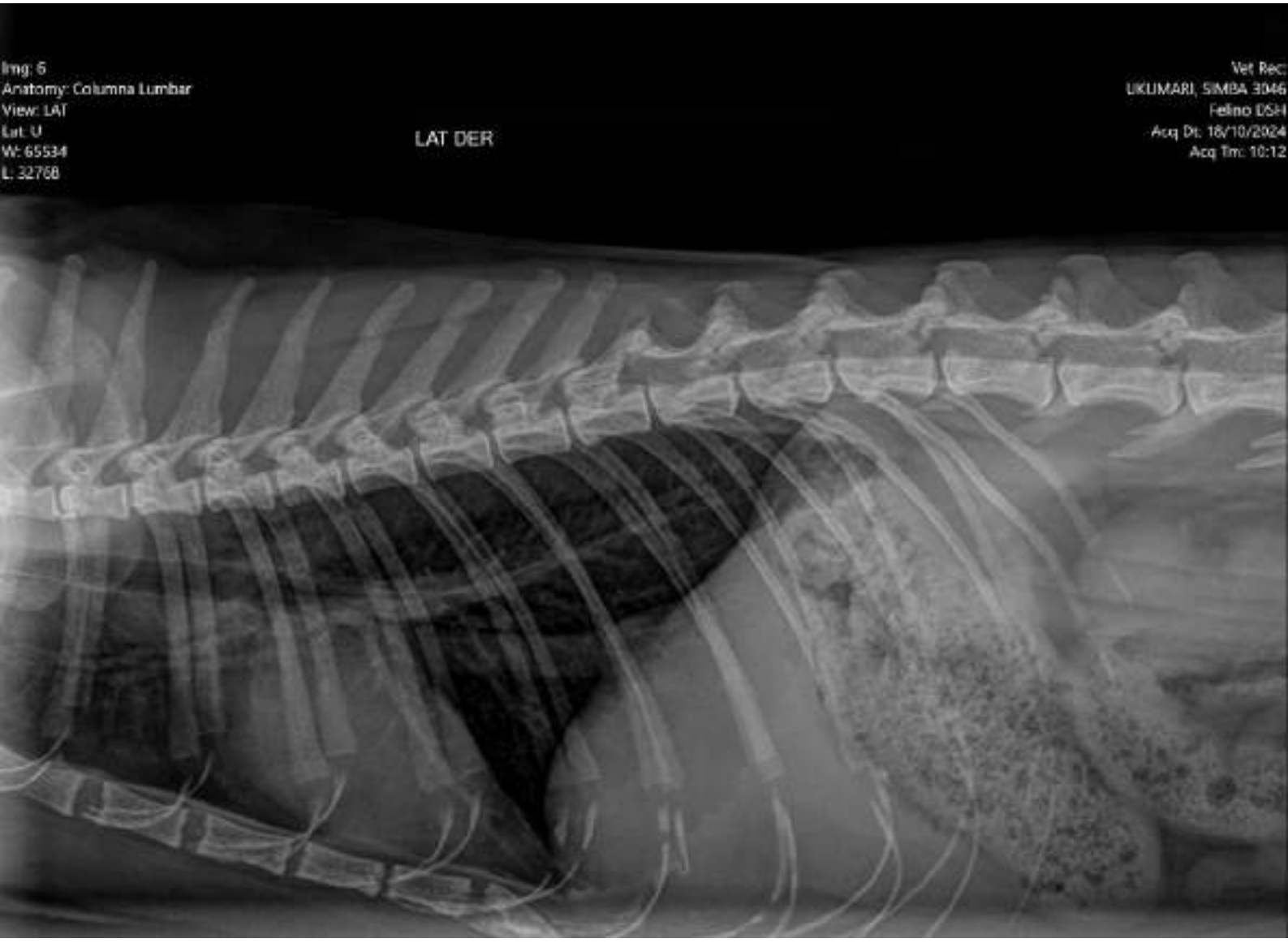

## Histograma: PLT

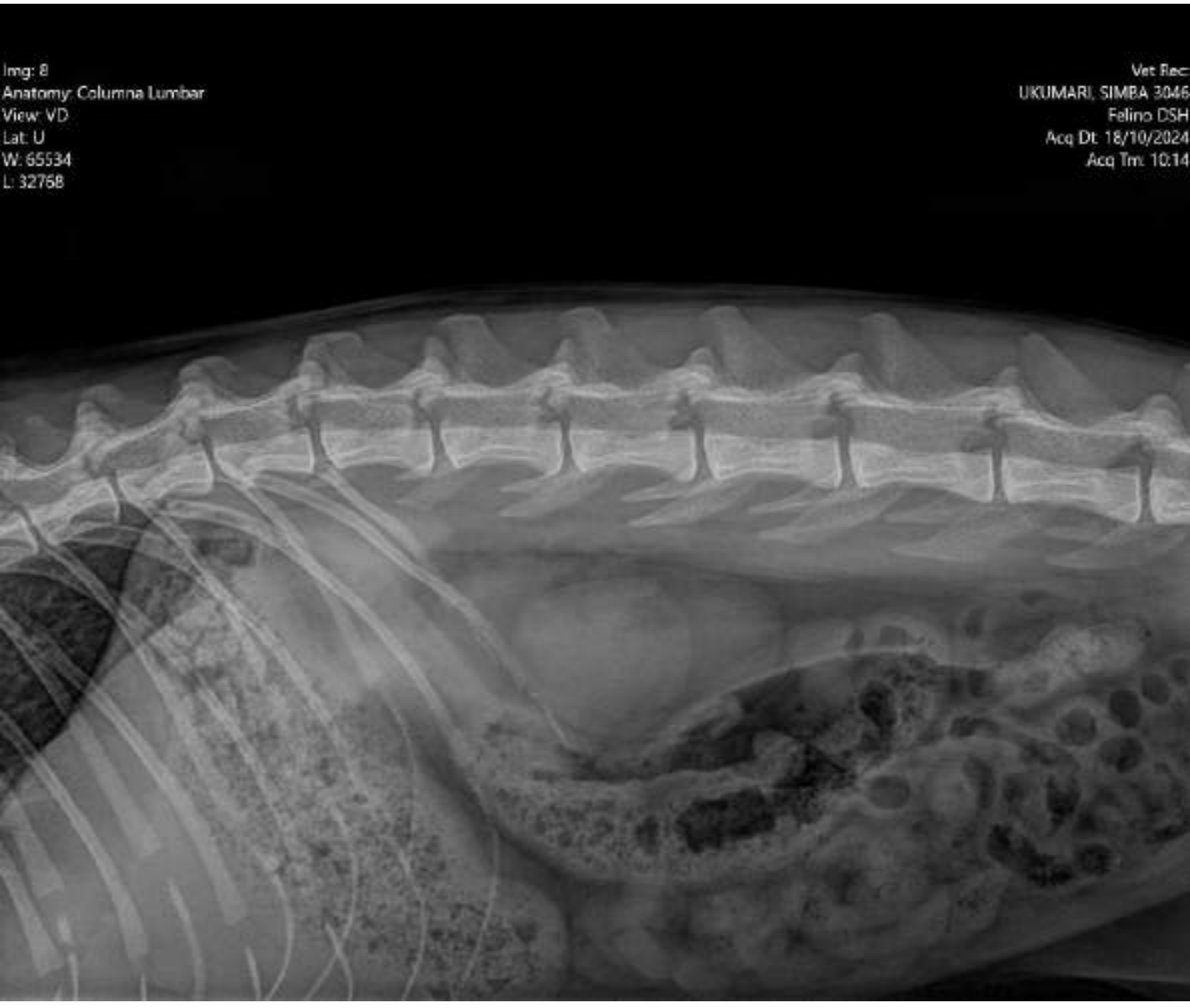



## Histograma: EOS

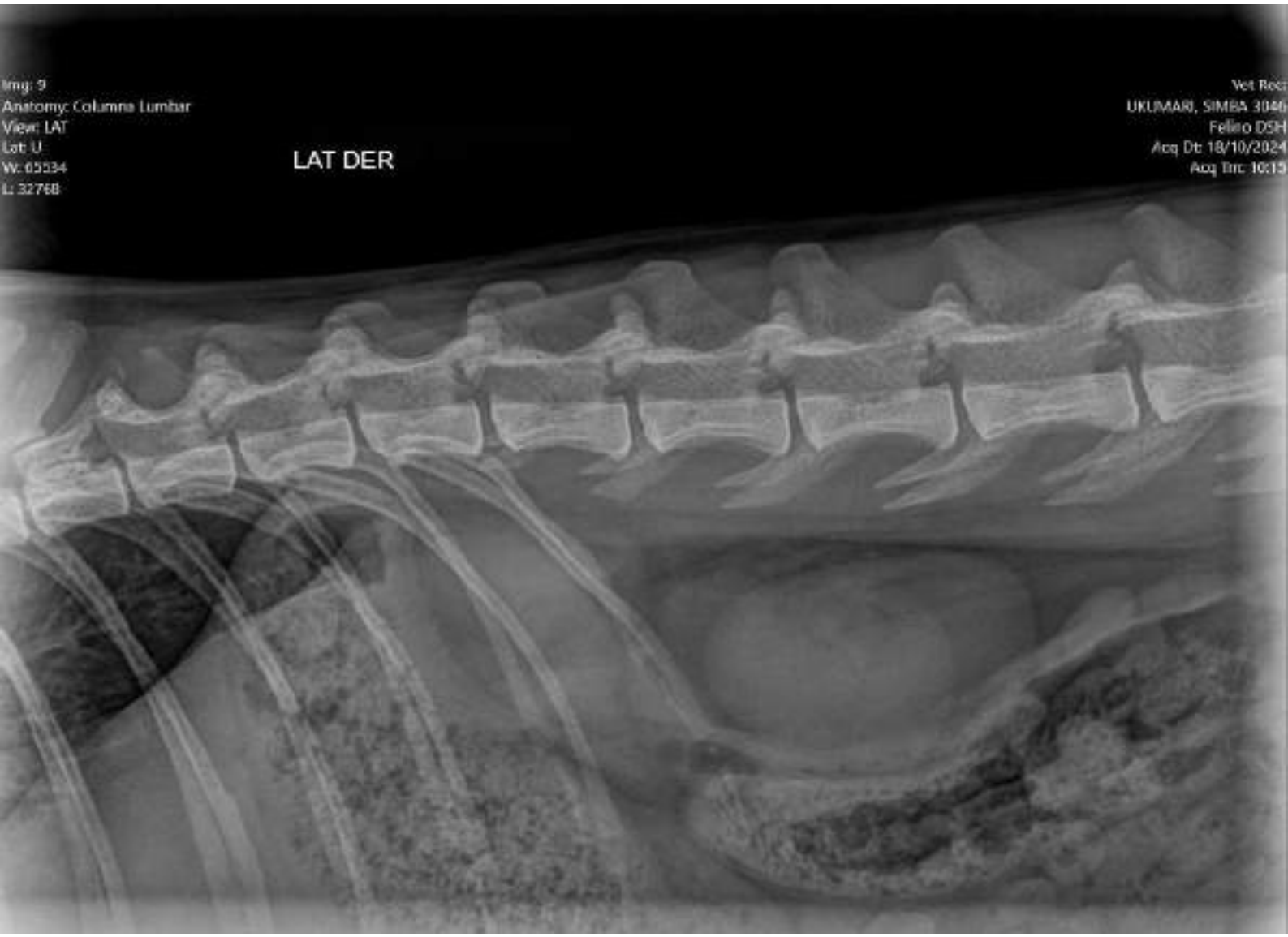



Img: 4
Anatomy: Columna Lumbar
View: VD
Lat: U
W: 65534
L: 32768
Vet Rec:
UKUMARI, SIMBA 3046
Felino DSH
Acq Dt: 18/10/2024
Acq Tm: 10:10


Img: 6
Anatomy: Columna Lumbar
View: LAT
Lat: U
W: 65534
L: 32768
LAT DER
Vet Rec:
UKLIMARI, SIMBA 3046
Felino DSH
Acq Dt: 18/10/2024
Acq Tm: 10:12

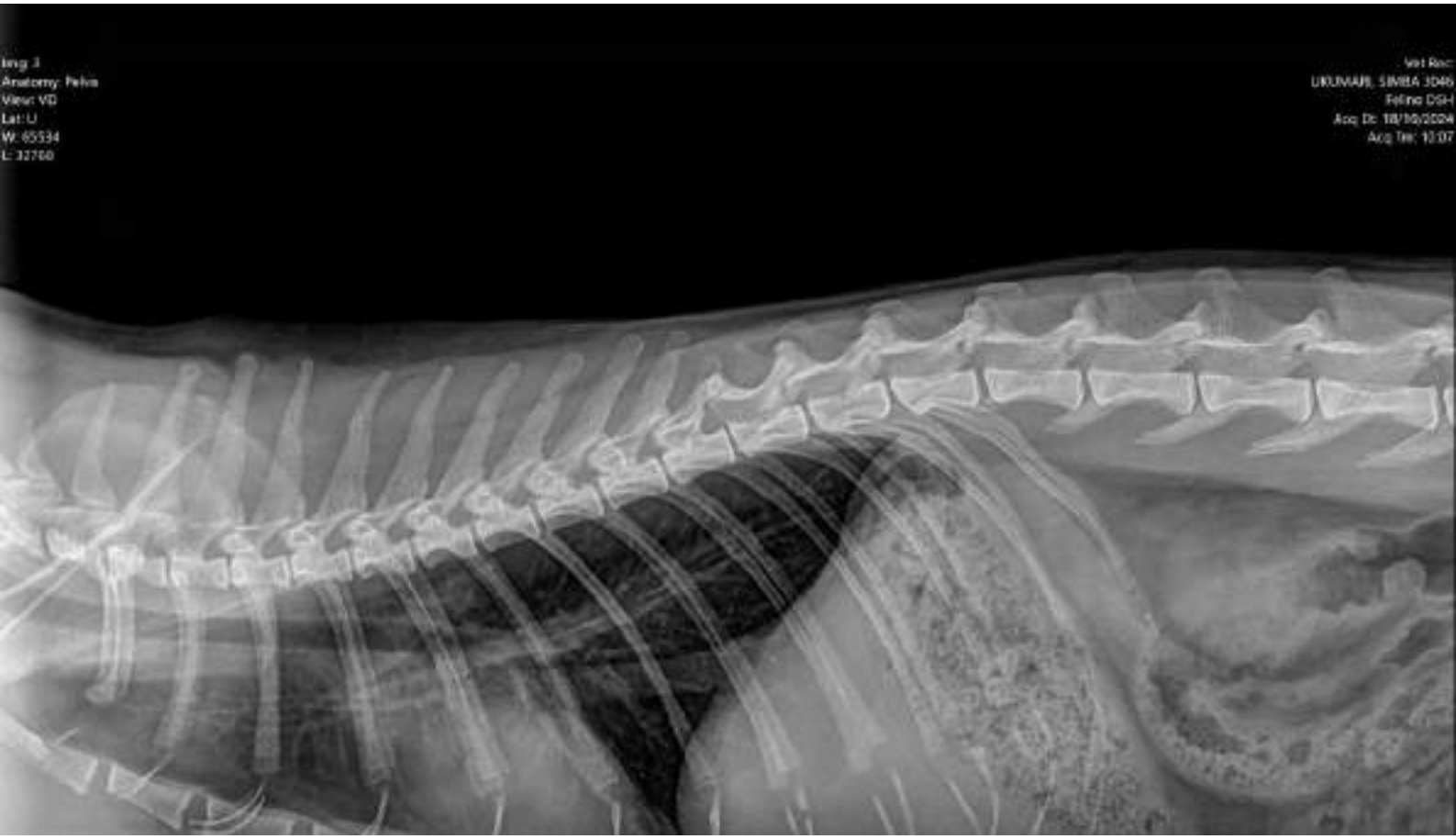

Img: 8
Anatomy: Columna Lumbar
View: VD
Lat: U
W: 65534
L: 32768
Vet Rec
UKUMARI, SIMBA 3046
Felino DSH
Acq Dt: 18/10/2024
Acq Tm: 10:14


Img: 5
Anatomy: Columna Lumbar
View: VD
Lat: U
W: 65534
L: 32768
Vet Rec:
UKUMARI, SIMBA 3046
Felino DSH
Acq Dt: 18/10/2024
Acq Tm: 10:11
L

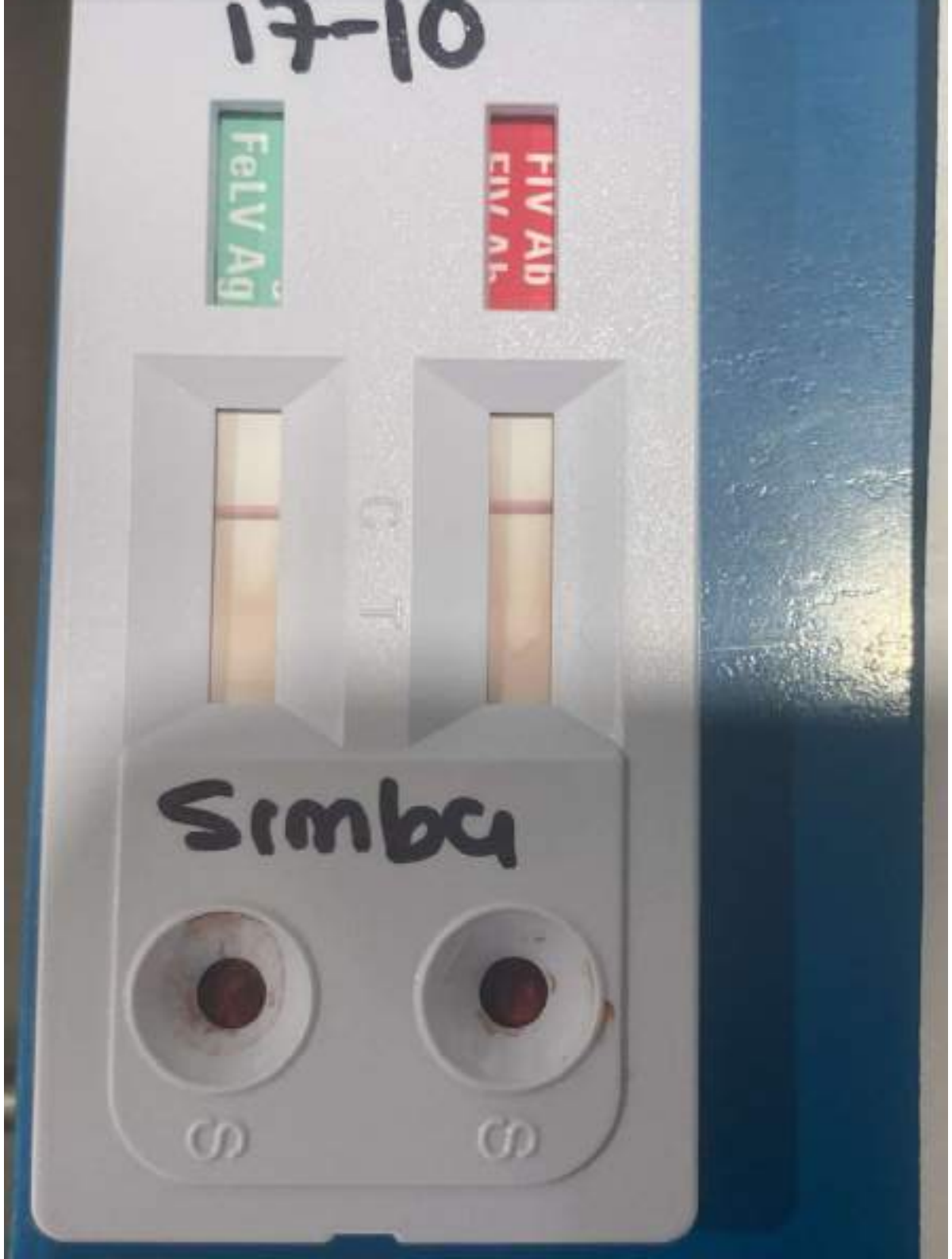

Img: 9
Anatomy: Columna Lumbar
View: LAT
Lat: U
W: 65534
L: 32768
LAT DER
Vet Rec:
UKUMARI, SIMBA 3046
Felino DSH
Acq Dt: 18/10/2024
Acq Tm: 10:15


Img: 10
Anatomy: Pelvis
View: LAT
Lat: U
W: 65534
L: 32768
LAT DER
Vet Rec:
UKUMARI, SIMBA 3046
Feline DSH
Acq Dt: 18/10/2024
Acq Tm: 10:18


Img: 11
Anatomy: Pelvis
View: VD
Lat: U
W: 65534
L: 32768
Vet Rec
UKUMARI, SIMBA 3046
Felino DSH
Acq Dt: 18/10/2024
Acq Tm: 10:18
L


ing: 3
Anatomy: Pelvis
View: VD
Lat: U
W: 65534
L: 32768
Vet Rec
UKUNARE, SIMBA 3046
Feline DSH
Acq Dt: 18/10/2024
Acq Tm: 10:07




17-10
FeLV Ag
FIV Ab
Simba

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *23/09/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 118-SKY
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 17/09/2024
Última Visita: 20/09/2024

Paciente: SKY
Especie: CANINO
Raza: HUSKY SIBERIANO
Sexo: MACHO
Pelaje: CAFE BLANCO
Microchip:
Fecha de Nac.: 18/09/2021
Fecha de Alta: 17/09/2024
Última Visita: 20/09/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 17/09/2024 04:53:28 PM -- Atendido Por: AUXILIAR VETERINARIO Orlando lema
ingresas paciente remitido por convenio Bioparque Ukumarai para manejo intrahospitalario traído por el señor Sebastián Monsalve Sepulveda cc 1004779009 de Pereira cel 3002190747 el cual presenta absceso prostático con aumento de la próstata está programado para el día de mañana procedimiento QX en HPV

****** Fecha: 17/09/2024 06:42:09 PM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO DIA: Paciente remitido del convenio para manejo intrahospitalario ya que el día de mañana tiene programado procedimiento de cirugía en el HOSPITAL PUBLICO VETEIRNARIO. Sin embargo, mientras se recibe el paciente este presenta deposición sanguinolenta con presencia de coágulos, se practica TEST DE PARVOVIRUS el cual arroja resultado negativo. Se deja instaurada fluidoterapia, y se debe adicionar terapéutica según progreso clínico del paciente en la noche, aparte los médicos tratantes le suministraron METRONIDAZOL 50ml, ENROFLOXACINA 2.5ml y DIPIRONA 1.2ml. Paciente al examen clínico presenta perdida de condición corporal 2.5/5, se explica al propietario la situación crítica del paciente y se habla de pronóstico reservado-malo. Se recomienda solicitar autorización para realizar ecografía abdominal y descartar prostatitis ya que es el diagnóstico del HPV y el signo de G.E no lo había presentado antes.

****** Fecha: 18/09/2024 06:38:55 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
Paciente Hipodinámico, se mantiene acostado durante la mayoría del turno, se realiza inspección física y se observa dolor en la palpación abdominal por lo que se administra fluidoterapia ininterrumpida, Colivet 25 mg/kg IV + CRI de lidocaína a 1 mg/kg/h durante 6 horas además se adiciona metronidazol 20 mg/kg IV + Ampicilina+Sulbactam 20 mg/kg IV+ Catosal 1 ml IV + Vitamina K 1 mg/kg SC. Luego de esto paciente alza la cabeza e inclusive camina por el consultorio. Constantes FC 124 FR 24 T 37.8, Mucosas rosadas, TLLC 2 segundos. Se saca, pero no orina ni defeca. Se oferta agua (Bebe con apetito) y come (Pollo y caldo con apetito). Se recomienda realizar ecografía abdominal.

****** Fecha: 18/09/2024 09:54:41 AM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente estable, activo, se para orina y pero no defeca, se continua con la medicación establecida, no presenta vómitos ni diarreas, come con apetito y toma agua, se da alta médica, se entrega y explica formula medica.

Se aclara que ya todo el tema de controles y de todo lo que conlleva es con el hospital público.

SE TOMA MUESTRA PARA ROTOR DE PREPARACION DE CONTROL. Se observa mejoría

*** Fecha: 18/09/2024 01:54:58 PM FORMULA MEDICA
*** Fecha: 18/09/2024 04:43:18 PM ROTOR PREP II
*** Fecha: 18/09/2024 05:05:46 PM ROTOR PREPARACION II

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 18/09/2024  TITULO: FORMULA MEDICA

I) METRONIDAZOL TAB 500mg .....#12
Suministrar via oral 1 tableta cada 12 horas durante 6 dias consecutivos. Dar con estomago lleno

II) NOVALGINA (DIPIRONA) TAB 500mg .....#12
Suministrar via oral 1 tableta cada 12 horas durante 6 dias consecutivos. Dar con estomago lleno.

III) ENTEROGERMINA AMP X 5ML .....#6
Suministrar via oral 1 ampolla cada 24 horas durante 6 dias consecutivos.

NOTA
* se debe de llevar el dia de mañana en horas de la mañana al hospital publico veterinario.

_____
MVZ SANTIAGO PULGARIN J
MP. 47491

FECHA: 18/09/2024  TITULO: ROTOR PREP II
ver archivos adjuntos

FECHA: 18/09/2024  TITULO: ROTOR PREPARACION II
VER ARCHIVO ADJUNTO

# CTA. CTE.

*31/10/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 118-SKY

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 17/09/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 5000 | 0 | 5000 |
| 17/09/2024 | *METRONIDAZOL VIAL X 100 ML - Unit. $16000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 16000 | 0 | 21000 |
| 17/09/2024 | *RONCAINA INY DOSIS X ML - Unit. $3200 - MARIA DANIELA | 8.00 | 25600 | 0 | 46600 |
| 17/09/2024 | *CATOSAL INY X ML - Unit. $3500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 3500 | 0 | 50100 |
| 17/09/2024 | *KAVITEX F1 SOL INY DE 1,1 A 2 ML - Unit. $7600 - MARIA DANIELA | 1.00 | 7600 | 0 | 57700 |
| 17/09/2024 | *AMPICILINA + SULBACTAM VIAL 1,5 G - Unit. $7600 - MARIA DANIELA | 1.00 | 7600 | 0 | 65300 |
| 17/09/2024 | *BURETA 150 ML X UND - Unit. $4600 - MARIA DANIELA | 1.00 | 4600 | 0 | 69900 |
| 17/09/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - MARIA DANIELA | 1.00 | 18700 | 0 | 88600 |
| 17/09/2024 | *EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD - Unit. $1300 - MARIA DANIELA | 1.00 | 1300 | 0 | 89900 |
| 17/09/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - MARIA DANIELA | 7.00 | 2450 | 0 | 92350 |
| 17/09/2024 | *19 JERINGA 50 ML UNIDAD - Unit. $2000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 2000 | 0 | 94350 |
| 17/09/2024 | *SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - MARIA DANIELA | 2.00 | 9800 | 0 | 104150 |
| 17/09/2024 | *TEST PARVO / PARVO-CORONA - Unit. $43700 - MARIA DANIELA | 1.00 | 43700 | 0 | 147850 |
| 17/09/2024 | *VENOCLISIS MACROGOTEO - Unit. $3400 - MARIA DANIELA | 2.00 | 6800 | 0 | 154650 |
| 17/09/2024 | HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - MARIA DANIELA | 1.00 | 23400 | 0 | 178050 |
| 17/09/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 31500 | 0 | 209550 |
| 17/09/2024 | CONSULTA UAM DIURNA - Unit. $0 - ANGELICA VELEZ | 1.00 | 0 | 0 | 209550 |
| 17/09/2024 | TOMA DE MUESTRA - Unit. $5000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 5000 | 0 | 214550 |
| 17/09/2024 | ANALGESIA MULTIMODAL - Unit. $16200 - MARIA DANIELA | 1.00 | 16200 | 0 | 230750 |
| 17/09/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $4500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 4500 | 0 | 235250 |
| 18/09/2024 | *ROTOR PREPARACION II (ALP,ALT,BUN,CRE,GLU,TP) - Unit. $69500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 69500 | 0 | 304750 |
| 18/09/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 0 A 1 ML - Unit. $5000 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 10000 | 0 | 314750 |
| 18/09/2024 | *METRONIDAZOL VIAL X 100 ML - Unit. $16000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 16000 | 0 | 330750 |
| 18/09/2024 | *RONCAINA INY DOSIS X ML - Unit. $3200 - SANTIAGO PULGARIN | 6.00 | 19200 | 0 | 349950 |

Moneda: $

**SALDO:** 349950

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

**Fecha:** 17/09/2024 **Remitido por:** Manuela Ramirez

**Especie / Raza:** Canino Husky **Nombre:** Sky

**Diagnóstico presuntivo:** Absceso prostatico, prostatitis

**Quién traslada nombre / Cédula:**

Ingresa paciente de urgencia, se realiza ecografia observandose absceso prostatico con aumento de la prostata posible septicemia.
Se le administran 1.2 ml de dipirona, 2.5 ml de enrofloxacina y 50 ml de metronidazol.
se remite paciente para hospitalización y estabilización para entrar a cirugia el dia 18-sep en el hospital publico.

**Firma de Profesional Veterinario**

Nombres y Apellidos
MP: _____

**Firma del encargado**

Nombres y Apellidos
CC: _____

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES REMITIDOS DEL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO**

Yo SEBASTIAN MORALVE SEQUEDA identificado con cédula de ciudadanía número 7004776009 de PEREIRA en calidad de responsable de SKY, especie CANINO, raza HUSKY, sexo M X H ___, de 3 años, con 22 Kg de peso e historia clínica número 2901. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del paciente, por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar su estado de salud.

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

he recibido y entendido la información sobre las posibles necesidades de atención del paciente que incluyen hospitalización, diagnóstico por imágenes, diagnósticos de laboratorio, cirugía, consulta especializada, suministro de medicamentos-quimioterapéuticos-transfusiones y en el peor de los casos eutanasia, y de necesitar ser anestesiado o tranquilizado comprendo que la **CLASIFICACIÓN DE RIESGO ANESTÉSICO ASA** de mi mascota es 1. Entiendo que, dentro de los riesgos posibles y efectos colaterales del procedimiento a realizarse se encuentran:

_____

_____

_____

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

**La Institución Universitaria Visión de las Américas** no se hace responsable por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento

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

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

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

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución. He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

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

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

En contraparte yo CARLOS OSPINA con tarjeta profesional número 31610 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas

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

**Nota: Quien firma como acudiente acepta ser el responsable por el paciente; En caso que el paciente no tenga acudiente el hospital público veterinario de la ciudad de Pereira será el único responsable y tomador de decisiones autorizado y será el encargado de ubicar un hogar o definir el destino final del paciente una vez completada su recuperación.**

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

SEBASTIAN MANSALVE SEPULVEDA
**Tutor/Acudiente**
CC:1004774009
Tel:3002790747

**Médico Veterinario Visión de las Américas**
MP: 3619

En caso de pacientes sin acudiente por favor diligenciar la siguiente información:

| **Lugar de procedencia o hallazgo** | **Descripción de los hechos** | |
|---|---|---|
| *Especificar sector/barrio/vereda | | |
| **Datos de quien entrega** | | |
| **Nombre completo** | **Cedula** | **Teléfono** |
| | | |
| **Dirección:** | | |

**Autoriza el ingreso Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de Ingreso: 17/09/2014 Sexo: M___ H___ Peso: 22kg Cta $ 3

Paciente: Sky # HC: 2901 Especie: Canino Médico tratante:

Diagnostico presuntivo: Edad: 3 años Obs.

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17/09 | DIZICONA / | C/12a | IV | 25mg | 1.1ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | ENZOHEMOLINA | ADJ | SC | 5mg | 2.2ml | | | | | | | | | | | ⊗ | → Ukamar? | | | | | | | | | | | | |
| | METRONIDAZOL | C/12 | IV | 20mg | 88ml | | | | | | | | | | | ⊗ | → Ukamar? | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Lidocaina | DI | IV | 1mg | 1.ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | |
| | Lidocaina | CRI | IV | 1mg | 6.6ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | ⊗ | ⊗ | ⊗ |
| | Cefosal | C/24 | IV | | 1ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Vitamina K | C/24 | SC | 1mg | 1.7ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Ampitsulb | C/8 | IV | 20mg | 1.4ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | |
| 18/09 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Clivet | C/12 | IV | 25mg | 1.1ml | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Metronidazol | C/12 | IV | 20mg | 88ml | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Ampitsulb | C/8 | IV | 20mg | 1.4ml | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | ⊗ | | | |
| | Cefosal | C/24 | IV | — | 1ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Vitamina K | C/24 | SC | 1mg | 1.7ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Lidocaina | CRI | IV | 1mg | 6.6ml | ⊗ | ⊗ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:**

Programado O / Aplicado X

## CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de Ingreso: _____ Numero de HC: _____ Médico tratante: _____

Paciente: _____ Peso: _____ Obs. _____

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## Exámen físico diario paciente hospitalizado

Paciente: SKY Numero de HC: 2981 Peso de ingreso: _____

Ingresa: 18/09/24 Obs: _____

| FECHA | 18/09 | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA | 5:40 | | | | | | | | | | | | | | | |
| PARAMETRO | 8m | | | | | | | | | | | | | | | |
| T° | 37.8C | | | | | | | | | | | | | | | |
| FC | 124 | | | | | | | | | | | | | | | |
| FR | 24 | | | | | | | | | | | | | | | |
| PULSO | F | | | | | | | | | | | | | | | |
| MUCOSAS | R | | | | | | | | | | | | | | | |
| TLLC | 2S | | | | | | | | | | | | | | | |
| COME | Si | | | | | | | | | | | | | | | |
| BEBE | Si | | | | | | | | | | | | | | | |
| VOMITO | No | | | | | | | | | | | | | | | |
| HECES | No | | | | | | | | | | | | | | | |
| MICCION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESION ARTERIAL MEDIA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| % DESHIDRATACION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *dolor | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *neuro | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REALIZADO POR *Iniciales | JDB | | | | | | | | | | | | | | | |
| PENDIENTES | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZAL

| PACIENTE: | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 17/09 | 18/09 | | |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | |
| BURETA 150 ML X UND | 1 | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | 1 | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | | | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | 1 | | | |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | 1 | | | |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | |
| FCO GOTERO X ___ ML | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | |
| JERINGA 1 ML | | | | |
| JERINGA 10 ML | | 0 | | |
| JERINGA 20 ML | | | | |
| JERINGA 2-3 ML | | 1 | | |
| JERINGA 5 ML | 4+2+1 | | | |
| JERINGA 50 ML | 2 | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | |

| # HC | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 17/09 | | | |
| LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | |
| LATA E/N CANINO 377 G | | | | |
| LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | |
| LATA HA CANINE X 377 GR | | | | |
| LLAVE DE TRES VIAS | | | | |
| MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | |
| MILPRO CACHORRO TAB | | | | |
| OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | |
| OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | |
| SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | |
| SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | |
| SOLUCION CLORURO X 100ML | | | | |
| SOLUCION CLORURO X 500ML | | | | |
| SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | 11 | | | |
| SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | |
| SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | |
| SONDA NELATHON # | | | | |
| SONDA NELATHON # | | | | |
| SONDA URINARIA FELINO | | | | |
| SUPRASOB A COMPRESA | | | | |
| SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | |
| SUT. POLIDIOXANONA # | | | | |
| SUT. POLIGALACTINA # | | | | |
| SUTURA N/A # | | | | |
| TAPON HEPARINIZADO | | | | |
| TEST DE FLUORESCEINA | | | | |
| TEST DE LEUCEMIA | | | | |
| TEST DE MOQUILLO | | | | |
| TEST DE PARVOVIRUS | 1 | | | |
| TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | |
| TGF0VENDA TUBULAR ELAS mt | | | | |
| TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | |

| | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 17/09 | 18/09 | | |
| TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | | |
| VENOCLISIS MACROGOTEO | 1+1 | | | |
| VENOCLISIS MICROGOTEO | | | | |
| VUWASORB APOSITO | | | | |
| VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| CITOLOGIA | | | | |
| ECOGRAFIA ABDOMINAL | | | | |
| ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | | | | |
| HEMOGRAMA UAM | | | | |
| HIDRATACION | 1 | | | |
| HISTOPATOLOGIA | | | | |
| HOSPITALIZACION | 1 | | | |
| NEBULIZACION | | | | |
| REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| **SERVICIOS Y OTROS** | | | | |
| Metronidazol F | 1 | | | |
| Metronidazol | | 1 | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

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

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

## REGISTRO DE ATENCION AMBULATORIA PARA PACIENTES REMITIDOS POR EL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO DEL MUNICIPIO DE PEREIRA

Yo, Hamilton Mosquera, identificado con cedula de ciudadanía número 10008454 de Pereira certifico que Sky identificado/a con historia clínica número 2401, he recibido atención médica por parte de la clínica veterinaria visión de la Américas, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa.

Certifico que el/la paciente recibió durante su atención los siguientes servicios y productos: Analisis de sangre, Hospital 24 h, Medicacion Hospitalaria.

y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de los mismos.

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

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

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 13 de septiembre de 2024

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

**Propietario/acudiente:**
CC: 10008454
TEL:

**Médico Veterinario:**
Visión de las Américas
M.P: 47461

**Autoriza el servicio Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

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

Sky

ID del paciente: 2901

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 18/09/2021
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: Husky siberiano
Doctor: Desconocido/a

# Prep Profile II

Fecha: 18/09/2024 04:40 PM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 4023BB4

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| ALP<br>Fosfatasa alcalina | 220 *<br>U/L | ALTO | 20.0 | 150.0 |
| ALT<br>Alanina aminotransferasa | ~~~<br>U/L | SUPP | 10.0 | 118.0 |
| BUN<br>Nitrógeno ureico en sangre | 22<br>mg/dL | | 7.0 | 25.0 |
| CRE<br>Creatinina | 0.9<br>mg/dL | | 0.3 | 1.4 |
| GLU<br>Glucosa | 141 *<br>mg/dL | ALTO | 60.0 | 110.0 |
| TP<br>Proteinas totales | 4.4 *<br>g/dL | BAJO | 5.4 | 8.2 |

Hemólisis
0

Lipemia
1+

Ictericia
0

spital Público Veterinario de Pereira

ID pac.: ---
ID mstra.: 71

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3/µL | 6.00/15.00 | RBC | 6.97 | 10^6/µL | 5.30/8.83 | Especie: Perro | | | |
| | 25.0/33.0 | HGB | 15.6 | g/dL | 12.7/16.3 | Tiempo: 2024-09-17 15:34 | | | |
| | 1.0/7.0 | HCT | 43.5 | % | 39.2/58.8 | PLT | 214 | 10^3/µL | 160/461 |
| | 50.0/73.0 | MCV | 62.4 | fL | 60.0/77.0 | PCT | 0.19 | % | 0.09/0.58 |
| 3/µL | 1.00/4.50 | MCH | 22.4 | pg | 19.0/23.0 | MPV | 8.7 | fL | 8.0/17.1 |
| 3/µL | 1.00/7.00 | MCHC | H 35.9 | g/dL | 31.0/34.0 | PDW | 15.9 | | 12.0/17.5 |
| 3/µL | 3.30/10.00 | RDW_CV | L 11.9 | % | 12.5/17.2 | P_LCR | 7.2 | % | |
| | 1.0/10.0 | RDW_SD | L 29.4 | fL | 33.2/46.3 | P_LCC | 15 | 10^3/µL | |
| 3/µL | 1.00/1.50 | | | | | *NLR | 4.91 | | |
| | | | | | | *PLR | 41.97 | | |

SKY

FA= 343
Crea= 3,2
Urea= 53,9
Bun= 25,1

Fecha: 17/09/2024 Remitido por: manuela R

Especie / Raza: Canino Husky Nombre: Sky

Diagnóstico presuntivo: Absceso prostatico, prostatitis

Quién traslada nombre / Cédula:

Ingresa paciente de urgencia. se realiza ecografia observandose Absceso prostatico con aumento de la prostata posible septicemia.
se le administran 1.2 ml de dipirona, 2.5 ml de enrofloxacina y 50 ml de metronidazol.
se remite paciente para hospitalización y estabilización para entrar a cirugia el dia 18-sep en el hospital publico.

Firma de Profesional Veterinario

Nombres y Apellidos
MP:

Firma del encargado

Nombres y Apellidos
CC:



13107124

CPV Ag

CPV Ag

SKY

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *23/09/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 114-SOL
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 15/09/2024
Última Visita: 15/09/2024

Paciente: SOL
Especie: FELINO
Raza: MESTIZO
Sexo: MACHO
Pelaje:
Microchip:
Fecha de Nac.: 18/09/2013
Fecha de Alta: / /
Última Visita: 15/09/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 15/09/2024 11:07:44 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491

PACIENTE INGRESA POR CONVENIO CON UKUMARI, INGRESA CON POLICIA NACIONAL

peso: 2.6 kg

Paciente que se lo encontraron en esas condiciones, se procede a canalizar, se observa paraplegia, miasis severa en miembros posteriores, con exposicion de hueso, cola necrotica, se procede a realizar eutanasia por autorizacion del convenio (dra andrea trejos) ,se adminsitra dosis de propofol, luego s eadmisnitra 1ml de euthanex, se genera paro cardiorespiratorio, paciente fallece.

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

# CTA. CTE.

*30/10/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 114-ZSOL

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 15/09/2024 | *19 EUTANASIA PROCEDIMIENTO - Unit. $58900 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 58900 | 0 | 58900 |
| 15/09/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3600 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 7200 | 0 | 66100 |
| 15/09/2024 | *PROPOFOL INY 1% DOSIS X ML - Unit. $7800 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 7800 | 0 | 73900 |
| 15/09/2024 | *EUTHANEX INY X ML - Unit. $14000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 14000 | 0 | 87900 |
| 15/09/2024 | *19 TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $550 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 550 | 0 | 88450 |
| 15/09/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 700 | 0 | 89150 |
| 15/09/2024 | CONSULTA UAM DIURNA - Unit. $0 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 0 | 0 | 89150 |
| 15/09/2024 | *DISPOSICION X KG - Unit. $5600 - SANTIAGO PULGARIN | 3.00 | 16800 | 0 | 105950 |

Moneda: $

**SALDO:** 105950

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES REMITIDOS DEL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO**

Yo Ever David Ramirez D. identificado con cédula de ciudadanía número 1067839266 de Manizales en calidad de responsable de Sol, especie Felino, raza Mestizo, sexo M X H ___, de 11 años, con 2,8 Kg de peso e historia clínica número 2884. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del paciente, por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar su estado de salud.

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

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

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

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

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

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

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución. He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

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

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

En contraparte yo Santiago Pulgarin J con tarjeta profesional número 49491 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

**Nota: Quien firma como acudiente acepta ser el responsable por el paciente; En caso que el paciente no tenga acudiente el hospital público veterinario de la ciudad de Pereira será el único responsable y tomador de decisiones autorizado y será el encargado de ubicar un hogar o definir el destino final del paciente una vez completada su recuperación.**

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 15 de September del 20 24

**Tutor/Acudiente**
CC: 1067839266
Tel: 3046955600

**Médico Veterinario Visión de las Américas**
MP: 49491

En caso de pacientes sin acudiente por favor diligenciar la siguiente información:

| Lugar de procedencia o hallazgo | Descripción de los hechos |
|---|---|
| *Especificar sector/barrio/vereda<br>Cra 22 Policia Nacional Cuba | La Cordada Llama Al Cuidadano Por Que Tienen Un Gato En Mal Estado De Salud Por El Cual El Cuidadano Pide El Procedimiento Al Bajo Recurso |

| Datos de quien entrega | | |
|---|---|---|
| **Nombre completo** | **Cedula** | **Teléfono** |
| Perez Oscar Ramirez D. | 1067839266 | 3046955600 |
| **Dirección:** Estacion de Policia Cuba | | |

**Autoriza el ingreso Hospital público veterinario**
Nombre: Andrea Trejos Baena
CC:1053800768
Cargo:Directora medica

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *03/10/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 140-SOMBRA
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 26/09/2024
Última Visita: 03/10/2024

Paciente: SOMBRA
Especie: CANINO
Raza: MESTIZO
Sexo:
Pelaje:
Microchip:
Fecha de Nac.: 28/09/2019
Fecha de Alta: 26/09/2024
Última Visita: 26/09/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 26/09/2024 11:42:47 AM -- Atendido Por: AUXILIAR VETERINARIO ESTEFANIA ZAMBRANO
Ingresa muestra en tubo amarillo para diagnostico de leptospira.
tutora: stefania jaramillo.
CC:1004519649

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

# CTA. CTE.

*03/10/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 140-SOMBRA

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 26/09/2024 | EJ LEPTOSPIRA TEST RAPIDO - Unit. $130500 - ANGELICA VELEZ | 1.00 | 130500 | 0 | 130500 |

Moneda: $

**SALDO:** 130500

HD. (2942)
Sombra.

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

**Fecha:** 26 | sep. **Remitido por:**

**Especie / Raza:** Canino | mestizo **Nombre:** Sombra | 0719.

**Diagnóstico presuntivo:** leptospirosis. | Tel: 3103673595.

**Quién traslada nombre / Cédula:** Stefania Jaramillo | 1004519699

-Se remite muestra de sangre en tubo amarillo Para diagnostico de leptospirosis

**Firma de Profesional Veterinario**

Laura Granados
Nombres y Apellidos
MP: 45840.

**Firma del encargado**

Estefania Jaramillo
Nombres y Apellidos
cc: 1004519699.

## Informe Resultados SOMBRA 2942, Numero de reporte IR-P39913 F

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Profesional solicitante:** | DANIELA RESTREPO | **Identificación:** | SOMBRA 2942 |
| **Empresa :** | CLINICA UAM | **Propietario:** | BIOPARQUE UKUMARI |
| **Dirección Empresa:** | NR | **Especie / Edad:** | CANINA / 5 AÑOS |
| **Teléfono Empresa:** | NR | **Raza / Sexo:** | MESTIZO / HEMBRA |
| **Fecha de Ingreso:** | 2024-09-26 15:36 | **Fecha de Reporte:** | 2024-09-26 16:25 |

| Examen | Resultado | Unidad | Rango Sugerido |
|---|---|---|---|
| **Leptospira Acs IgG (Ictero/Canicola/Pomona/ Griphoty)** | S0 | NA | |

**Interpretación**: S0: reacción negativa a Leptodpira/ >S5 reacción positiva alta a Leptospira / S1 -2 reacción positiva baja a leptospira/ >=S3 reacción positiva a Leptospira. Un diagnostico positivo a Leptospira deberá ser interpretado por un Medico Veterinario teniendo en cuenta la historia clinica, el entorno epidemiológico, la historia de vacunación y podrá ser confirmada con otras ayudas diagnosticas ( MAT)

**Estado de la muestra:** PROCESADA, Suero ictérico, Posible condición patológica del paciente o debido al uso de ciertos medicamentos,
**Metodo(s)**: Informacion Tecnica: Fabricante/Lote/FV: INMUNOCOMB// KG000083//10-ABR-2026. //**Analista**: Josept Curiel Peña / **Fecha de análisis:**

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

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

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

**Fin del Informe de resultados N°:IR-P39913**



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

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *18/11/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 178-TATO
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 23/10/2024
Última Visita: 30/10/2024

Paciente: TATO
Especie: CANINO
Raza: SHIH TZU
Sexo: MACHO ENTERO
Pelaje: BLANCO
Microchip: N/A
Fecha de Nac.: 25/10/2016
Fecha de Alta: 23/10/2024
Última Visita: 24/10/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 23/10/2024 04:29:23 PM -- Atendido Por: Maria Alejandra Serna

Paciente ingresa con propietaria: Zoraida cifuente Cedula: 40.383.571 Cel: 3045882816

peso 8.3 kilos

****** Fecha: 23/10/2024 04:56:36 PM -- Atendido Por: ANGELICA VELEZ HOLGUIN - MP 13316

Ingresa paciente remitido del HPV propietaria dice que: cuando llegue a la casa lo vi pataleando y en un charco de sangre como con babaza y una herida en el labio, ahí mismo me lo lleve para el hospital como a las 7 am y no habían abierto y casi no me lo reciben pero estando allá le volvió a dar
Convive con otra perra que esta normal, no vi dada que se le pudiera caer no uso venenos, el tiner y el límpido no quedan al alcance de el.
Desparasitado hace seis meses, tiene 7 año, se vacuno con las del año como hasta los 4 años, no se le ha aplicado nada para las pulgas, si ha tenido pulgas y garrapatas, no había tenido ningún otro síntoma, yo vivo sola con ellos, el es mordelón. No está tomando ningún medicamento, no refiere haber visto que orinara o defecara durante el episodio. No sabe que le hicieron en el hospital solo lo que dice en la remisión.

Se ingresa paciente para observación intrahospitalaria, la propietaria no tiene WhatsApp llamar desde el fijo para dar o solicitar información.
Reportan terapia de sueño en el hospital publico
Paciente es recibido con vía NO permeable, convulsiona 3 veces en hospitalización, se canaliza de nuevo en MPI, con cateter 22. Se controla con midazolam a dosis de 0.3mg/kg.
Pendiente instaurar medicamentos. se recomienda manejo de levatiracetam y dosis de lipofundin.

*** Fecha: 23/10/2024 08:25:59 PM HEMOGRAMA
*** Fecha: 23/10/2024 08:43:03 PM QUIMICAS

****** Fecha: 24/10/2024 05:55:28 AM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
TURNO NOCHE: Paciente ansioso y convulsionando desde que se recibe el turno, disociado, no responde a estímulos externos. Se coloca dosis de penthal, después de eso no vuelve a presentar convulsiones y logra conciliar el sueño durante toda la noche. No consume alimento, no orina, no defeca. exámenes sin alteraciones. Se trata de manipular lo menos posible para evitar que se despierte. En la madrugada presenta pedaleo y se coloca nuevamente dosis de penthal.
- Considerar consulta neurológica, también podría ser un tumor cerebral.

****** Fecha: 24/10/2024 06:59:33 PM -- Atendido Por: JULIÁN DÍAZ NIETO - MP. 39207

Paciente en turno no se levanta de anestesia de anoche, se procede a realizar ecografía abdominal, pendiente reporte, RX de torax y cráneo, se intenta posicionar sonda de alimentación nasogástrica pero la zonda no pasa por lado izquierdo por que esta obstruida la fosa nasal, por el derecho pasa sin dificultad pero no es capaz de respirar por la fosa izquierda por lo que se retira la sonda, se posiciona sonda urinaria, y se inicia medicación con lipofndin, omeprazol, Fluimucil. Paciente no muestra mejoría y no se incorpora en todo el día, a las 3:00 de la tarde inicia con dificultad respiratoria spo2 73%, taquipnea y taquicardia marcadas, por lo que se le informa a la dueña, decide venir a visitarlo y realizar eutanasia compasiva.

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 23/10/2024  TITULO: HEMOGRAMA
VER ARCHIVO ADJUNTO

FECHA: 23/10/2024  TITULO: QUIMICAS
VER ARCHIVO ADJUNTO

# CTA. CTE.

*18/11/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 178-TATO

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 21/10/2024 | *OXIGENO MEDICINAL A 4L/MIN X HORA (PARED) - Unit. $8000 - ALEJANDRA SERNA | 8.00 | 64000 | 0 | 64000 |
| 23/10/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3600 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 3600 | 0 | 67600 |
| 23/10/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3600 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 3600 | 0 | 71200 |
| 23/10/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 24 AMARILLO - Unit. $3600 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 3600 | 0 | 74800 |
| 23/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - DANIELA TRESPALACIOS | 3.00 | 1500 | 0 | 76300 |
| 23/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - DANIELA TRESPALACIOS | 3.00 | 1050 | 0 | 77350 |
| 23/10/2024 | *19 TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $550 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 550 | 0 | 77900 |
| 23/10/2024 | *FCO PROPOFOL 1% VIAL X 20ML - Unit. $38000 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 38000 | 0 | 115900 |
| 23/10/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 24300 | 0 | 140200 |
| 23/10/2024 | *PENTHAL INY X ML - Unit. $8100 - DANIELA TRESPALACIOS | 3.00 | 24300 | 0 | 164500 |
| 23/10/2024 | *ROTOR DIAGNOSTICO COMPLETO (ALB,ALP,ALT,AMY,BUN,CA,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+,PHOS,TB - Unit. $95000 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 95000 | 0 | 259500 |
| 23/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 31500 | 0 | 291000 |
| 23/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 18700 | 0 | 309700 |
| 23/10/2024 | *MIDAZOLAM INY X ML - Unit. $4000 - DANIELA TRESPALACIOS | 13.00 | 52000 | 0 | 361700 |
| 23/10/2024 | TOMA DE MUESTRA - Unit. $5000 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 5000 | 0 | 366700 |
| 23/10/2024 | CONSULTA UAM DIURNA - Unit. $37000 - DANIELA TRESPALACIOS | 1.00 | 37000 | 0 | 403700 |
| 23/10/2024 | *FORMULA DE CONTROL ESPECIAL - Unit. $15000 - ANGELICA VELEZ | 1.00 | 15000 | 0 | 418700 |
| 24/10/2024 | *BURETA 150 ML X UND - Unit. $4600 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 4600 | 0 | 423300 |
| 24/10/2024 | *EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD - Unit. $1300 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 1300 | 0 | 424600 |
| 24/10/2024 | *19 JERINGA 1 ML 27G X 1/2 UNIDAD - Unit. $500 - ALEJANDRA SERNA | 3.00 | 1500 | 0 | 426100 |
| 24/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - ALEJANDRA SERNA | 5.00 | 2500 | 0 | 428600 |
| 24/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 350 | 0 | 428950 |
| 24/10/2024 | *19 JERINGA 10 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $450 - ALEJANDRA SERNA | 2.00 | 900 | 0 | 429850 |
| 24/10/2024 | *SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - ALEJANDRA SERNA | 2.00 | 9800 | 0 | 439650 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 24/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 18700 | 0 | 458350 |
| 24/10/2024 | *VENOCLISIS MACROGOTEO - Unit. $3400 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 3400 | 0 | 461750 |
| 24/10/2024 | *19 ECOGRAFIA ABDOMINAL - Unit. $110000 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 110000 | 0 | 571750 |
| 24/10/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE (3 PLACAS) - Unit. $79500 - ALEJANDRA SERNA | 2.00 | 159000 | 0 | 730750 |
| 24/10/2024 | *OMEPRAZOL AMP X 40 MG/ML - Unit. $13000 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 13000 | 0 | 743750 |
| 24/10/2024 | EUTANASIA PROCEDIMIENTO - Unit. $58900 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 58900 | 0 | 802650 |
| 24/10/2024 | *EUTHANEX INY X ML - Unit. $14000 - ALEJANDRA SERNA | 4.00 | 56000 | 0 | 858650 |
| 24/10/2024 | *FLUIMUCIL 300 SUSP INY AMPLL - Unit. $19000 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 19000 | 0 | 877650 |
| 24/10/2024 | *LIPOFUNDIN INY DOSIS HASTA 50 ML - Unit. $14900 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 14900 | 0 | 892550 |
| 24/10/2024 | *LIPOFUNDIN INY DOSIS HASTA 50 ML - Unit. $14900 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 14900 | 0 | 907450 |
| 24/10/2024 | *SONDA NELATHON NO 8 - Unit. $1200 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 1200 | 0 | 908650 |
| 24/10/2024 | *SONDA NELATHON NO 12 - Unit. $1100 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 1100 | 0 | 909750 |
| 24/10/2024 | POSICIONAMIENTO SONDA (URINARIA CANINO/ NASOGASTRICA) - Unit. $28000 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 28000 | 0 | 937750 |
| 24/10/2024 | *LEVIN NASOGASTRICAS #10 - Unit. $1700 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 2100 | 0 | 939850 |
| 24/10/2024 | REPORTE RADIOGRAFICO - Unit. $32400 - ALEJANDRA SERNA | 1.00 | 32400 | 0 | 972250 |
| 24/10/2024 | *DISPOSICION X KG - Unit. $5600 - ALEJANDRA SERNA | 8.50 | 47600 | 0 | 1019850 |

Moneda: $

**SALDO:** 1019850

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

**Fecha:** 23/10/24 **Remitido por:** Hospital público veterinario

**Especie / Raza:** Canino. **Nombre:** Toto

**Diagnóstico presuntivo:** Intoxicación.

**Quién traslada nombre / Cédula:**

- Se remite paciente con presuntivo intoxicación Por multiples convulsiones despues de terapia de sueño con infusion con Propofol y Penthal con dosis de 0.5mL 12:00 pm y una segunda dosis de 0.5mL a las 2:00 pm.

se medico con:

| | |
|---|---|
| Omeprazol | 3.2 mL sc |
| Dexametasona | 0.6mL IV |
| Tramadol | 0.5m sc |
| Aminotonic | 10 mL IV |
| Dipirona | 0.4mL IV |

- Se requiere hospitalizacion 24 horas.
- Pago Por convenio.

**Firma de Profesional Veterinario**

Nombres y Apellidos
MP:

**Firma del encargado**

Nombres y Apellidos
CC:

Cr 13 #9-67

Institución universitaria visión de las Americas.

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

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES REMITIDOS DEL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO

Yo Zonaida afuentes identificado con cédula de ciudadanía número 40 383571 de Acacias meta. en calidad de responsable de tato, especie canino, raza shitzu, sexo M X H ___, de 8 años, con 8.3 Kg de peso e historia clínica número 3076. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del paciente, por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar su estado de salud.

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

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

_____

_____

_____

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

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

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

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

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución. He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

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

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

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

**Nota: Quien firma como acudiente acepta ser el responsable por el paciente; En caso que el paciente no tenga acudiente el hospital público veterinario de la ciudad de Pereira será el único responsable y tomador de decisiones autorizado y será el encargado de ubicar un hogar o definir el destino final del paciente una vez completada su recuperación.**

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 23 de oct. del 2024

Zoraida Cifuentes.

**Tutor/Acudiente**
CC: 40383571.
Tel: 3045882816
llamar al cel no tiene whatsap.

Angelica Vélez H.

**Médico Veterinario Visión de las Américas**
MP: 13516.

En caso de pacientes sin acudiente por favor diligenciar la siguiente información:

| Lugar de procedencia o hallazgo | Descripción de los hechos | |
|---|---|---|
| *Especificar sector/barrio/vereda | | |
| **Datos de quien entrega** | | |
| **Nombre completo** | **Cedula** | **Teléfono** |
| | | |
| **Dirección:** | | |

**Autoriza el ingreso Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de ingreso: 23/oct/2024
Paciente: TATO # HC: 3076
Diagnostico presuntivo: Intoxicación? Tumor?

Sexo: M X H
Especie: Canino
Edad: 8 AÑOS

Peso: 8.3 Cta $ 3
Médico tratante: Angelica
Obs. Convenio - Tutor.

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 24/10 | Levetiracetam 500mg | QID | PO | 20mg/kg | 1/4 Tab | | ⊘ | | | | | | ⊗ | | | | | | ⊗ | | | | | | ○ | | | |
| | Fentanil | 12h | I.V | 35mg/h | 3 mL | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | |
| | Dexmedetomidina | 12h | I.V | 0.5mg/h | 1.6mL | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | ⊗ | | | | | | |
| | Lipido | 12h | I.V | 2-4/kg | ~~0.05~~ X5 | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | | |

| Pertenencias dejadas/observaciones adicionales: | | | Programado O<br>Aplicado X |
|---|---|---|---|

# Clínica Veterinaria Visión de la Américas

## Exámen físico diario paciente hospitalizado

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

Ingresa: _____ Obs: _____

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

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

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

| # HC | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | | 24/10 | | |
| LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | |
| LATA E/N CANINO 377 G | | | | |
| LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | |
| LATA HA CANINE X 377 GR | | | | |
| LLAVE DE TRES VIAS | | | | |
| MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | |
| MILPRO CACHORRO TAB | | | | |
| OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | |
| OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | |
| SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | |
| SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | |
| SOLUCION CLORURO X 100ML | | | | |
| SOLUCION CLORURO X 500ML | | | | |
| SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | | 1+1 | | |
| SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | |
| SONDA LEVIN NASOGA. # 10 | | 1 | | |
| SONDA NELATHON # 8 | | 1 | | |
| SONDA NELATHON # 12 | | 1 | | |
| SONDA URINARIA FELINO | | | | |
| SUPRASOB A COMPRESA | | | | |
| SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | |
| SUT. POLIDIOXANONA # | | | | |
| SUT. POLIGALACTINA # | | | | |
| SUTURA N/A # | | | | |
| TAPON HEPARINIZADO | 1 | | | |
| TEST DE FLUORESCEINA | | | | |
| TEST DE LEUCEMIA | | | | |
| TEST DE MOQUILLO | | | | |
| TEST DE PARVOVIRUS | | | | |
| TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | |
| TGFIXVENDA TUBULAR ELAS mt | | | | |
| TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | |

| | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 23/10 | 24/10 | | |
| TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | | |
| VENOCLISIS MACROGOTEO | | 1 | | |
| VENOCLISIS MICROGOTEO | | | | |
| VLIWASORB APOSITO | | | | |
| VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| CITOLOGIA | | | | |
| ECOGRAFIA ABDOMINAL | | 1 | | |
| ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | | 2 | | |
| HEMOGRAMA UAM | 1 | | | |
| HIDRATACION | | | | |
| HISTOPATOLOGIA | | | | |
| HOSPITALIZACION | 1 | | | |
| NEBULIZACION | | | | |
| REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| **SERVICIOS Y OTROS** | 23/10 | | | |
| propofol + fusico | 1 | | | |
| Isodacion | 8mL | | | |
| Pentobarbital | 8mL | | | |
| Rotor completo | 1 | | | |
| Omeprazol | | 1 | | |
| levatiracetam | | blister | | |
| Ectoaine | | 1 | | |
| Ectolax | | 4 | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZA

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

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

zoetis

TATO

ID del paciente: 3076

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 5/07/2016
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

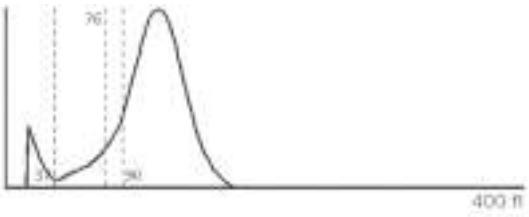
# Hematología

Fecha: 23/10/2024 08:19 PM  N° de serie del analizador: 360017749

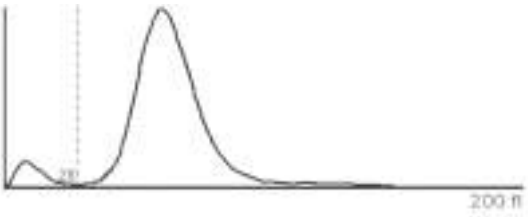
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **LEU** Leucocitos/Glóbulos blancos | 22.40 10^3/µl | ALTO | 6.0 | 17.0 |
| **LIN** Linfocito | 1.66 10^3/µl | | 1.0 | 4.8 |
| **MON** Monocito | 1.69 10^3/µl | ALTO | 0.2 | 1.5 |
| **NEU** Neutrófilo | 18.96 10^3/µl | ALTO | 3.0 | 12.0 |
| **EOS** Eosinófilo | 0.06 10^3/µl | | 0.0 | 0.8 |
| **BAS** Basófilo | 0.02 10^3/µl | | 0.0 | 0.4 |
| **LIN%** Linfocito (%) | 7.4 % | | | |
| **MON%** Monocito (%) | 7.6 % | | | |
| **NEU%** Neutrófilo (%) | 84.6 % | | | |
| **EOS%** Eosinófilo (%) | 0.3 % | | | |
| **BAS%** Basófilo (%) | 0.1 % | | | |
| **ERI** Eritrocitos/Glóbulos rojos | 5.72 10^6/µl | | 5.5 | 8.5 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **Hb** Hemoglobina | 13.3 g/dl | | 12.0 | 18.0 |
| **Hto** Hematocrito | 37.57 % | | 37.0 | 55.0 |
| **VCM** Volumen corpuscular medio | 66 fl | | 60.0 | 77.0 |
| **HCM** Hemoglobina corpuscular media | 23.3 pg | | 19.5 | 24.5 |
| **CHCM** Concentración de HCM | 35.4 g/dl | | 31.0 | 39.0 |
| **RDWc** Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 17.3 % | | 14.0 | 20.0 |
| **RDWs** Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 38.3 fl | | | |
| **PLT** Plaquetas | 305 10^3/µl | | 165.0 | 500.0 |
| **VPM** Volumen plaquetario medio | 10.5 fl | | 3.9 | 11.1 |
| **PCT** Plaquetocrito | 0.32 % | | | |
| **PDWc** Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 38.3 % | | | |
| **PDWs** Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 16.4 fl | | | |

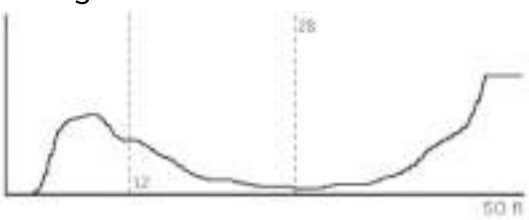
## Histograma: LEU




## Histograma: ERI




## Histograma: PLT




## Histograma: EOS



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

TATO

ID del paciente: 3076

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 5/07/2016
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: MESTIZO
Doctor: Desconocido/a

# Comprehensive Diagnostic

Fecha: 23/10/2024 08:28 PM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 4173AC4

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| ALB<br>Albúmina | 2.7<br>g/dL | 2.5 | 4.4 | |
| ALP<br>Fosfatasa alcalina | 62<br>U/L | 20.0 | 150.0 | |
| ALT<br>Alanina aminotransferasa | 70<br>U/L | 10.0 | 118.0 | |
| AMY<br>Amilasa | 401<br>U/L | 200.0 | 1200.0 | |
| TBIL<br>Bilirrubina total | 0.3<br>mg/dL | 0.1 | 0.6 | |
| BUN<br>Nitrógeno ureico en sangre | 16<br>mg/dL | 7.0 | 25.0 | |
| CA<br>Calcio | 9.6<br>mg/dL | 8.6 | 11.8 | |
| PHOS<br>Fósforo | 4.2<br>mg/dL | 2.9 | 6.6 | |
| CRE<br>Creatinina | 0.9<br>mg/dL | 0.3 | 1.4 | |
| GLU<br>Glucosa | 79<br>mg/dL | 60.0 | 110.0 | |
| NA+<br>Sodio | 140<br>mmol/L | 138.0 | 160.0 | |
| K+<br>Potasio | 4.3<br>mmol/L | 3.7 | 5.8 | |
| TP<br>Proteinas totales | 6.5<br>g/dL | 5.4 | 8.2 | |
| GLOB<br>Globulina | 3.8<br>g/dL | 2.3 | 5.2 | |

Hemólisis
0

Lipemia
0

Ictericia
0

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

**ESTUDIO ULTRASONOGRAFICO DE ABDOMEN**

| | |
|---|---|
| Nombre del paciente: Tato | Medico/clinica referente: C.V UAM |
| Edad: 7 años. | Raza:Shih Tzu. |
| Sexo : M/E | Historial: Convulsiones. |

**Hallazgos ultrasonográficos:**

Vejiga: contenido luminal anecoico abundante, grosor de la pared normal (1.4mm).
Próstata: ecogenicidad y ecotextura normal, ancho (34mm), alto (23mm), largo (27mm).
Testículo derecho: ecogenicidad y ecotextura normal,(24mmx12mm).
Testículo izquierdo: ecogenicidad y ecotextura normal,(12mmx17mm).
Colon descendente con patrón de contenido fecal, mucoso y gaseoso, pared normal.(2.9mm).
Colon ascendente con patrón de contenido fecal, mucoso y gaseoso, pared normal.(1.6mm).
íleon: pared estratificada normal,grosor (1.3mm).
Riñones :ecogenicidad y ecotextura normal, adecuada definición/diferenciación corteza medula márgenes lisos, longitud riñón izquierdo (44mm),longitud riñón derecho (44mm).
intestino delgado (yeyuno):pared estratificada normal, contenido luminal mucoso y gaseoso.
Estomago: patrón de contenido luminal de mucus y gas, pared estratificada normal.(2.8mm).
glándula adrenal izquierda: ecogenicidad y ecotextura normal,grosor del polo craneal (4.1mm), grosor del polo caudal (3.5mm).
glándula adrenal derecha: ecogenicidad y ecotextura normal,grosor del polo craneal (5.5mm), grosor del polo caudal (2.2mm).
Rama pancreática derecha: ecogenicidad y ecotextura normal, grosor (5.9mm).
Bazo: ecogenicidad y ecotextura normal,grosor a nivel del hilio (14mm).
Hígado: ecogenicidad y ecotextura normal, tamaño normal.
Vesícula biliar : contenido luminal ecogenico suspendido en su lumen, pared normal,grosor (1.1mm).
Duodeno: contenido luminal mucoso y gaseoso, pared estratificada normal.(4.4mm).

**Opinión y diagnósticos diferenciales:**

- **Estructuras evaluadas normales al examen ultrasonografico a la fecha.**

**Recomendaciones:** Monitoreo ultrasonografico a discreción del médico tratante.

Estefania Cardona

MVZ Estefanía Cardona Cruz
M.P. 26174

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

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

**Nota Importante**

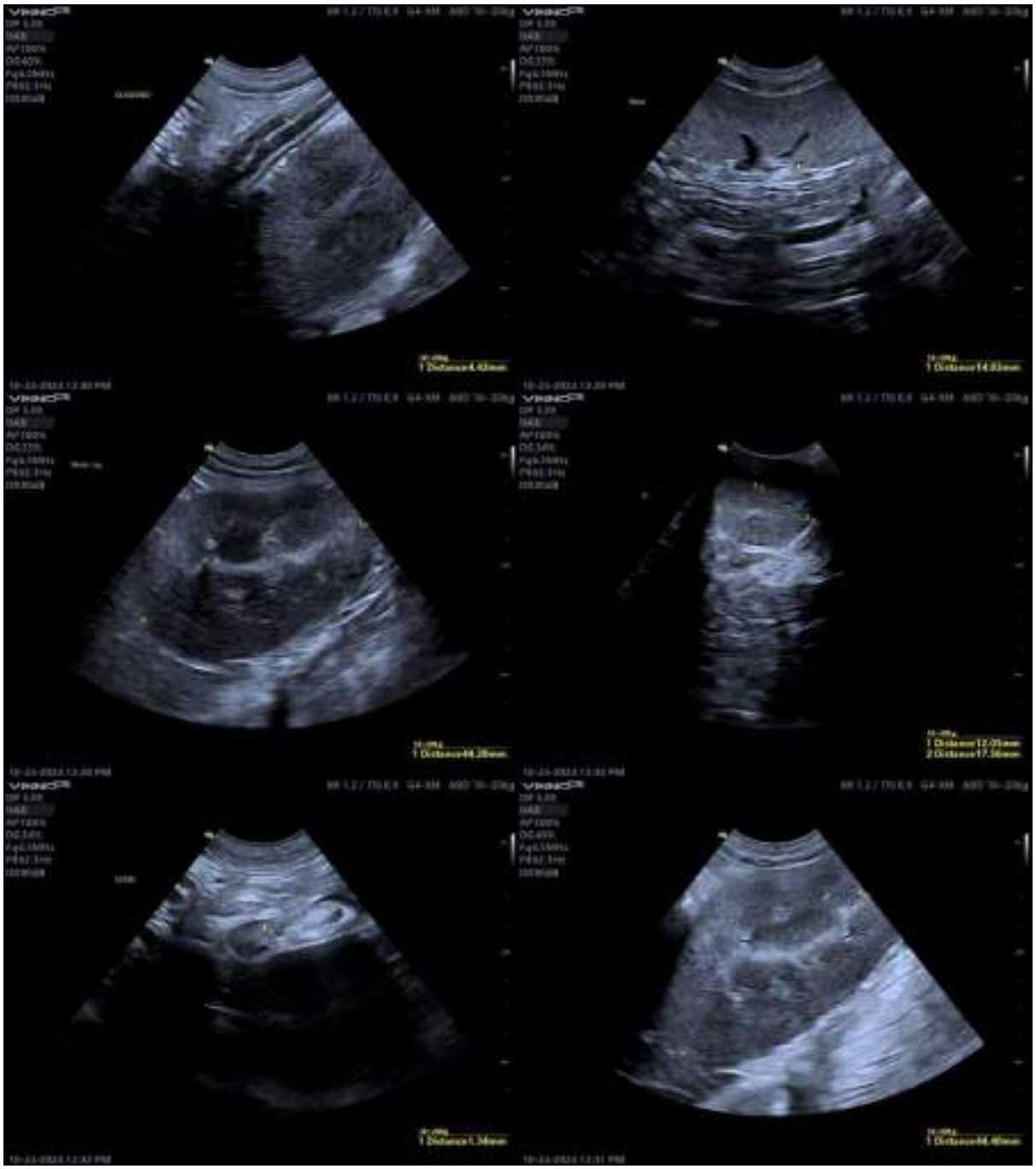
Se informa que este examen de ultrasonido es un documento médico legal, Está estrictamente prohibido alterar, copiar o distribuir su contenido sin la debida autorización. Cualquier incumplimiento de esta norma acarreará procesos legales pertinentes.

Agradecemos su comprensión y cooperación

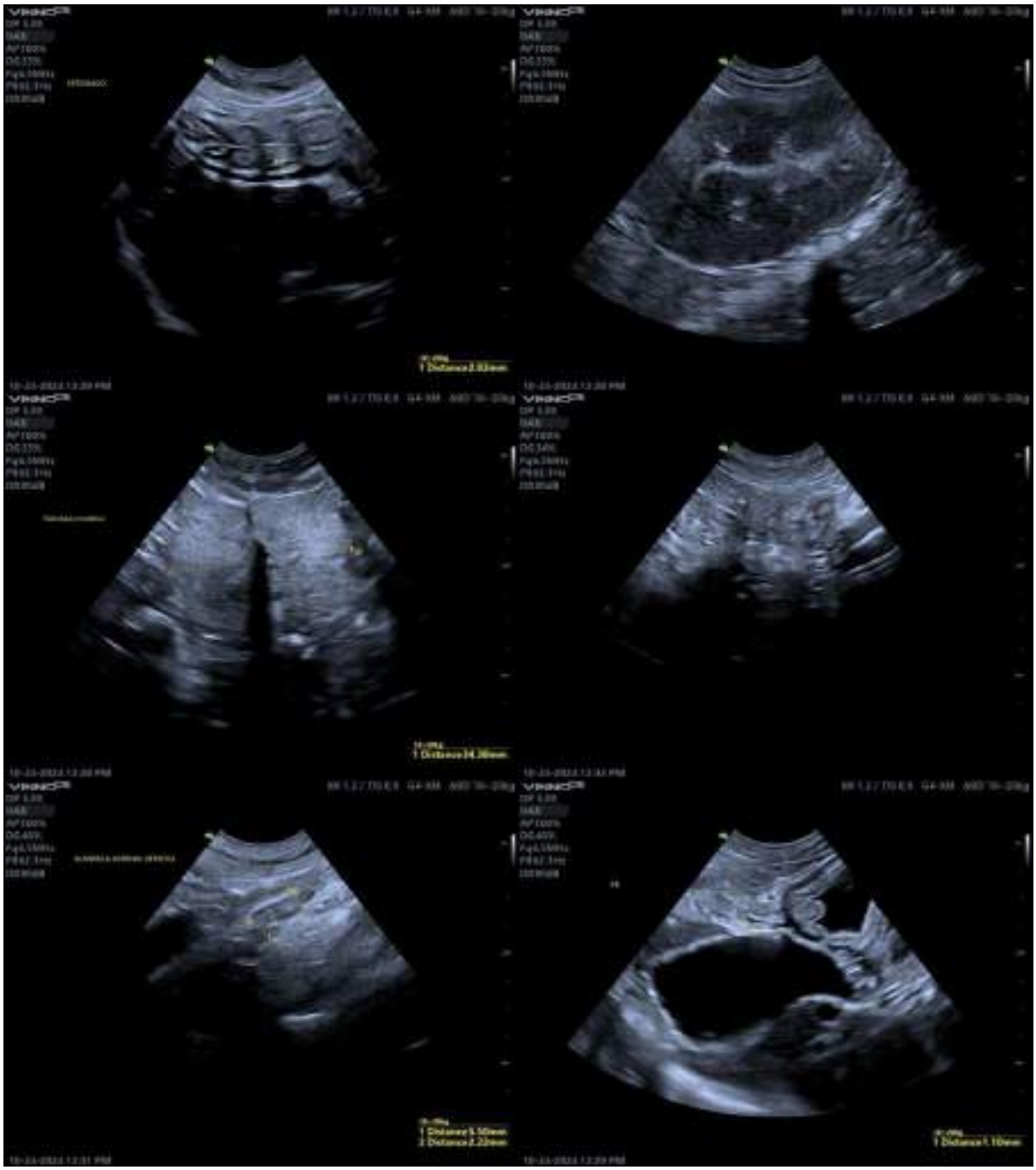
**IMÁGENES:**



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



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



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



o Veterinario
reira

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

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

## CLÍNICA VETERINARIA DE PEQUEÑAS ESPECIES

Nit.890.985.417-3
Institución Universitaria Visión de las Américas
Kra 13 9-67 Circunvalar Pereira - Risaralda
Teléfono: (606) 3200303 ext 6010 - (+57) 3174828883


| DATOS DEL PACIENTE | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | tato tato | **Identificación** | TU900811423 |
| **Fecha de Nacimiento** | () | | |

| DATOS DEL ESTUDIO | | | |
|---|---|---|---|
| **Estudio** | DX | **Fecha de Estudio** | 2024-10-24 |

**Entidad remitente: Clínica Veterinaria Visión de las Américas. Propietario: Bioparque Ukumari.**

### TÉCNICA

RX Cráneo.

### HALLAZGOS

En el estudio radiológico obtenido se observa la cavidad nasal aireada con el patrón trabecular conservado. El septo nasal conserva su eje. Llama la atención un leve desplazamiento de la porción izquierda del plato cribiforme hacia caudal. No se observan aumento de tamaño de radiodensidad de tejido -líquido a nivel de la nasofaringe. Las ATM y bullas timpánicas conserva su anatomía.

### IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Aunque los hallazgos a nivel de la cavidad nasal y nasofaringe no poseen cambios radiológicos concluyentes. El hallazgo a nivel del plato cribiforme podría incluir para los diferenciales desplazamiento por lesión ocupante de espacio sin evidencia mediante la técnica de RX a la fecha, aunque podrían ser un cambio propio del paciente.

OBSERVACIONES: Se sugerir tener en los diferenciales lesiones supratentoriales (IRM) Se recomienda relacionar los hallazgos con signos clínicos y otros exámenes paraclínicos.



**Dr. JHONATAN ZAPATA MARÍN MV. ESP. Especialista en diagnóstico por imagen en pequeñas especies.**

**R.M N° TP 35035**

Generado por GreenRAD V2.0.1 - info@tyb.co


Img: 6
Anatomy: Torax
View: LAT
Lat: U
W: 65387
L: 32694.5
Vet Rec:
tato, tato
Canino Maltes
Acq Dt: 24/10/2024
Acq Tm: 9:48


Img: 7
Anatomy: Craneo
View: LAT
Lat: U
W: 62500
L: 31251
R
Vet Rec:
tato, tato
Canino Maltes
Acq Dt: 24/10/2024
Acq Tm: 9:50


Img: 9
Anatomy: Craneo
View: DV
Lat: U
W: 59335
L: 31121.5
R
Vet Rec:
tato, tato
Canino Maltes
Acq Dt: 24/10/2024
Acq Tm: 9:59


Img: 8
Anatomy: Craneo
View: OBL derecha
Lat: U
W: 62302
L: 31152
R
Vet Rec:
tato, tato
Canino Maltes
Acq Dt: 24/10/2024
Acq Tm: 9:51


Img: 11
Anatomy: Craneo
View: LAT
Lat: U
W: 62143
L: 31096.5
Vet Rec
tato, tato
Craneo Mates
Acq Dt: 24/10/2024
Acq Tm: 10:06
LAT IZQ


Img: 10
Anatomy: Craneo
View: LAT
Lat: U
W: 63048
L: 31525
Vet Rec:
tato, tato
Canino Maltes
Acq Dt: 24/10/2024
Acq Tm: 10:04


Img: 1
Anatomy: Torax
View: LAT
Lat: U
W: 65534
L: 32768
Vet Rec:
tato, tato
Canino Maltes
Acq Dt: 24/10/2024
Acq Tm: 9:33

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *10/11/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 152-ZTERRY
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 04/10/2024
Última Visita: 21/10/2024

Paciente: TERRY
Especie: CANINO
Raza: PASTOR ALEMAN
Sexo: MACHO
Pelaje: NEGRO-FUEGO
Microchip:
Fecha de Nac.: 06/10/2017
Fecha de Alta: 04/10/2024
Última Visita: 21/10/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES
FECHA APLI.: 10/10/2024 A.T.P.: CAPSTAR 57 MG MARCA: PROX. DOSIS: 09/11/2024
FECHA APLI.: 09/10/2024 A.T.P.: CANNEX MARCA: PROX. DOSIS: 24/10/2024

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 04/10/2024 07:02:18 PM -- Atendido Por: ROTANTE Estefania Morales
Tutor: ALZATE ROMAN JUAN JOSE CC 1004670432 Cel: 3243586353

Se remite paciente del convenio Ukumari para hospitalización por diagnóstico presuntivo de hemoparasitos / enfermedad hepatica. En el hospital público veterinario fue tratado inicialmente con quercetol 1.5 ml SC, oxitetraciclina 6.2 ml IV, Aminolyte 30ml Iv, NaCl 3 ml/kg 2horas.
Tutor dice que no lo adoptó hace 4 días aproximadamente y no come nada, en el HPV le hicieron examenes.

*** Fecha: 04/10/2024 09:40:09 PM HEMOGRAMA
*** Fecha: 04/10/2024 09:53:45 PM DIAGNOSTICO COMPLETO

****** Fecha: 05/10/2024 06:51:05 AM -- Atendido Por: CARLOS OSPINA - MP 31610
ENTREGA DE TURNO NOCHE: Paciente ingresa en la noche de ayer remitido del HPV por que esta siendo tratado por hemotrópicos, la persona que lo tae indica que lo adopto hace aproximadamente 5 días atrás, pero desde entonces no esta comiendo. Se le practicaron exámenes de creatinina y hemograma en el HPV donde solo mostro leve leucopenia y anemia, pero marcada trombocitopenia. Se le practica test de Distemper y parvovirus los cuales arrojan resultado negativo. La dra Andrea autoriza realizar hemograma y rotor diagnostico completo y estos arrojan leve leucocitosis y anemia, pero trombocitopenia marcada, alb baja 1.4, ALP >1300, ALT > 400, BILIRRUBINA TOTAL > 6.0, Ca levemente disminuido 7.8, Na levemente disminuido 133, suero completamente ictérico y de color similar a la orina (ámbar). Se sospecha de hemotrópicos y leptospira, Dra Andrea autoriza PCR para Leptospira y ecografía para descartar tumores. Se deja gran parte del turno con fluidoterapia, se ofrece comida, pero no recibe, solo presenta 1 episodios de emesis, no presenta micción ni deposición. Se instaura terapia a base de OMEPRAZOL, OXITETRACICLINA, METOCLOPRAMIDA, EDO ATP, CANATOX, URSACOL, estos dos últimos son de donación. Pronóstico reservado-malo.

*** Fecha: 06/10/2024 07:45:56 PM ECOGRAFIA ABDOMINAL

****** Fecha: 07/10/2024 06:33:09 PM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
Alerta al medio, hipodinámico durante el día. Temperatura 38,5. Muc ros ictéricas. Come muy bien alimento casero y toma agua. Se toma muestra para PCR ictérico y se envían el día de hoy. Resultado de prueba MAT sospechoso a leptospira. Se cambia acceso venoso el día de hoy.

****** Fecha: 08/10/2024 06:13:57 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
Paciente letárgico, se la mantiene durmiendo la mayoría del turno, no presenta vómitos ni diarrea, orina y defeca (Bristol 4), se suspende omeprazol. Constantes FC 76 FR 20 T 38.8, Mucosas Rosa pálidas/Ictéricas TLLC 2 segundos. Come y bebe con

apetito.

****** Fecha: 08/10/2024 06:41:58 PM -- Atendido Por: DANIELA TRESPALACIOS - MP 44747
TURNO DIA
Alerta al medio, hipodinámico en ocasiones. Orina en abundante cantidad y color amarillo oscuro, defeca normal. Temperatura normal. Mucosas rosas con focos ictéricos. Considerar realizar químicas hepáticas de control. Pendiente resultado de PCR. Come, pero solo con alimento casero. Toma agua.

****** Fecha: 09/10/2024 06:30:49 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
Paciente estable, no presenta vómitos ni diarrea, orina y defeca 5 veces (Bristol 5), se continua con la medicación establecida. constantes FC 70 FR 20 T 37.0 Mucosas Rosa pálidas/ ictéricas TLLC 2 segundos. Come y bebe con apetito. Se recomienda solicitar alimento bajo en grasa.

****** Fecha: 09/10/2024 06:56:51 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente hipodinámico, se continua con la medicación establecida, llega resultado de PCR el cual sale NEGATIVO, come y toma agua, orina y defeca constantemente Bristol 5, un poco blanda mas no liquida, no presenta vómitos, el día de mañana se determina el alta médica, constantes en la tarde FC 104 FR 24 TEM 37.3, mucosas pálidas, tllc 2seg, no come en la tarde, solo quiere lata o pollo.

*** Fecha: 09/10/2024 11:11:57 PM COPROLOGICO

****** Fecha: 10/10/2024 06:30:48 AM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
Paciente letárgico, presenta sialorrea por lo que se adiciona Metoclopramida 0.5 mg/kg IV (Se oferta alimento en horas de la noche, pero solo ingiere pollo), se suspende doxiciclina, no presenta vómitos, pero presenta varias defecaciones (Bristol 6) se realiza coprológico donde se observa Parasitosis por Ancylostoma caninum por lo que se administra Cannex 3 ml VO. En horas de la mañana se toman constantes FC 128 FR 28 T 39.1 (Se adiciona Colivet 20 mg/kg IV, Mucosas Rosa pálidas/Ictéricas, TLLC 2 segundos, PAM 64 mmhg. Al sacar a paciente se observa con ataxia y sialorrea se vuelve a presentar, desde eso se mantiene conectado a fluidos (Hartman) 77ml/h. Tiene pendiente exámenes de control (Rotor mammalian y creatinina en ejelab) se oferta alimento, pero solo ingiere pollo.

*** Fecha: 10/10/2024 08:42:43 AM ROTOR HEPATICO
*** Fecha: 10/10/2024 11:07:12 AM HEMOGRAMA CONTROL

****** Fecha: 10/10/2024 06:44:30 PM -- Atendido Por: SANTIAGO PULGARIN - 47491
Paciente en horas de la mañana se observa hipodinámico, se toma exámenes de control, en el rotor hepático todos los valores salen aumentados (sin mostrar mejoría en comparación a el anterior) también se realiza hemograma de control, donde se evidencia aumento de la anemia (HTO 29), persiste con trombocitopenia moderada, leucocitosis por neutrofilia, se continua con la medicación establecida, se toma radiografía de abdomen y se puede observar liquido libre, se da pollo y lo ingiere pero luego de eso presenta un episodio de vómitos, por lo cual se adiciona Cerenia 1mg/kg, su presión aumenta de la mañana a la tarde, PAS 153 PAD 81 PAM 95, se observa leve ataxia al desplazarse, no presenta mas episodios de vomito, se administro capstar 57mg por el exceso de ectoparásitos, constantes FC 144 FR 24 TEM 37, SpO2 95-97%, solo toma agua, cuando se saca presenta deposición Bristol 7, por lo que se programa metronidazol 20mg/kg.

****** Fecha: 10/10/2024 10:21:13 PM -- Atendido Por: MARIA DANIELA LABARCA - RPP 99
TURNO NOCTURNO
Paciente deprimido, presenta incordinacion al caminar, se mantiene agitado (taquipnea) inquieto, escala glasgow 15/24, Se administra CRI de fentanilo a 2 mcg/kg DI y 1 mcg/Kg/h, paciente se mantiene tranquilo pero su estado empieza a deteriorarse, presenta estado de estupor, vocalizacion y signos neurologicos (Nistagmo) tremores, paciente entra en paro cardiorespiratorio y fallece.

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 10/10/2024 TITULO: ROTOR HEPATICO
VER ARCHIVOS ADJUNTOS

FECHA: 10/10/2024 TITULO: HEMOGRAMA CONTROL
VER ARCHIVO ADJUNTO.

FECHA: 09/10/2024 TITULO: COPROLOGICO
OBSERVACION: PRESENCIA DE HUEVOS DE ANCYLOSTOMA CANINUM 0-3/CAMPO, RESTOS DE ALIMENTO SIN PROCESAR OCASIONAL (+), GOTAS DE GRASA OCASIONAL (+).

M.V. Ma. Daniela Labarca
TP RPP 99

FECHA: 06/10/2024 TITULO: ECOGRAFIA ABDOMINAL

ver archivos adjuntos

FECHA: 04/10/2024  TITULO: HEMOGRAMA
VER ARCHIVO ADJUNTO.

FECHA: 04/10/2024  TITULO: DIAGNOSTICO COMPLETO
VER ARCHIVO ADJUNTO.

# CTA. CTE.

*21/11/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 152-ZTERRY

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 04/10/2024 | *OMEPRAZOL AMP X 40 MG/ML - Unit. $13000 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 13000 | 0 | 13000 |
| 04/10/2024 | *OXITETRACICLINA 50 INY DE 2 A 4 ML - Unit. $6800 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 6800 | 0 | 19800 |
| 04/10/2024 | *BURETA 150 ML X UND - Unit. $4600 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 4600 | 0 | 24400 |
| 04/10/2024 | CONSULTA UAM DIURNA - Unit. $0 - ANGELICA VELEZ | 1.00 | 0 | 0 | 24400 |
| 04/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 1,1 A 3 ML - Unit. $5600 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 5600 | 0 | 30000 |
| 04/10/2024 | TOMA DE MUESTRA - Unit. $5000 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 5000 | 0 | 35000 |
| 05/10/2024 | *EDO ATP SUSP INY DE 0,5 A 2 ML - Unit. $5200 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 5200 | 0 | 40200 |
| 05/10/2024 | *PILERAN INY X ML - Unit. $3700 - CARLOS OSPINA | 3.00 | 11100 | 0 | 51300 |
| 05/10/2024 | *EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD - Unit. $1300 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 1300 | 0 | 52600 |
| 05/10/2024 | *19 FRASCO RECOLECTOR ORINA - Unit. $550 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 550 | 0 | 53150 |
| 05/10/2024 | *19 JERINGA 20 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $750 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 750 | 0 | 53900 |
| 05/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - CARLOS OSPINA | 4.00 | 2000 | 0 | 55900 |
| 05/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - CARLOS OSPINA | 3.00 | 1050 | 0 | 56950 |
| 05/10/2024 | *SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 4900 | 0 | 61850 |
| 05/10/2024 | *TEST MOQUILLO Y ADENOVIRUS UND - Unit. $44000 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 44000 | 0 | 105850 |
| 05/10/2024 | *TEST PARVO / PARVO-CORONA - Unit. $54000 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 54000 | 0 | 159850 |
| 05/10/2024 | *VENOCLISIS MACROGOTEO - Unit. $3400 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 3400 | 0 | 163250 |
| 05/10/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 24300 | 0 | 187550 |
| 05/10/2024 | HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 23400 | 0 | 210950 |
| 05/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 31500 | 0 | 242450 |
| 05/10/2024 | *ROTOR DIAGNOSTICO COMPLETO (ALB,ALP,ALT,AMY,BUN,CA,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+,PHOS,TB - Unit. $95000 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 95000 | 0 | 337450 |
| 05/10/2024 | *OMEPRAZOL AMP X 40 MG/ML - Unit. $13000 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 13000 | 0 | 350450 |
| 05/10/2024 | *OXITETRACICLINA 50 INY DE 2 A 4 ML - Unit. $6800 - CARLOS OSPINA | 2.00 | 13600 | 0 | 364050 |
| 05/10/2024 | *EDO ATP SUSP INY DE 0,5 A 2 ML - Unit. $5200 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 5200 | 0 | 369250 |
| 05/10/2024 | *PILERAN INY X ML - Unit. $3700 - CARLOS OSPINA | 6.00 | 22200 | 0 | 391450 |
| 05/10/2024 | *AMINOLYTE SUS INY X ML - Unit. $100 - CARLOS OSPINA | 100.00 | 10000 | 0 | 401450 |
| 05/10/2024 | *PREDNISOLONA TAB 20 MG X UNIDAD - Unit. $1200 - | 2.00 | 2400 | 0 | 403850 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| | CARLOS OSPINA | | | | |
| 05/10/2024 | EJ LEPTOSPIRA TEST RAPIDO - Unit. $130500 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 130500 | 0 | 534350 |
| 05/10/2024 | *19 ECOGRAFIA ABDOMINAL - Unit. $110000 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 110000 | 0 | 644350 |
| 05/10/2024 | *EQUIPO PERICRANEAL 21G UNIDAD - Unit. $1300 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 1300 | 0 | 645650 |
| 05/10/2024 | *19 JERINGA 20 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $750 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 750 | 0 | 646400 |
| 05/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - CARLOS OSPINA | 1.00 | 18700 | 0 | 665100 |
| 07/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 31500 | 0 | 696600 |
| 07/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 18700 | 0 | 715300 |
| 07/10/2024 | *OMEPRAZOL AMP X 40 MG/ML - Unit. $13000 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 13000 | 0 | 728300 |
| 07/10/2024 | *OXITETRACICLINA 50 INY DE 2 A 4 ML - Unit. $6800 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 13600 | 0 | 741900 |
| 07/10/2024 | *EDO ATP SUSP INY DE 0,5 A 2 ML - Unit. $5200 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 5200 | 0 | 747100 |
| 07/10/2024 | *AMINOLYTE SUS INY X ML - Unit. $100 - SANTIAGO PULGARIN | 100.00 | 10000 | 0 | 757100 |
| 07/10/2024 | *PREDNISOLONA TAB 20 MG X UNIDAD - Unit. $1200 - SANTIAGO PULGARIN | 2.00 | 2400 | 0 | 759500 |
| 07/10/2024 | *SOLUCION CLORURO D SODIO X 100ML - Unit. $3400 - SANTIAGO PULGARIN | 1.00 | 3400 | 0 | 762900 |
| 07/10/2024 | *EDO ATP SUSP INY DE 0,5 A 2 ML - Unit. $5200 - MARIA DANIELA | 1.00 | 5200 | 0 | 768100 |
| 07/10/2024 | *PREDNISOLONA TAB 20 MG X UNIDAD - Unit. $1200 - MARIA DANIELA | 2.00 | 2400 | 0 | 770500 |
| 07/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - MARIA DANIELA | 1.00 | 18700 | 0 | 789200 |
| 07/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 31500 | 0 | 820700 |
| 07/10/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3600 - MARIA DANIELA | 1.00 | 3600 | 0 | 824300 |
| 07/10/2024 | *19 TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $550 - MARIA DANIELA | 1.00 | 550 | 0 | 824850 |
| 07/10/2024 | MSC PCR ICERICO CANINO CUANTITATIVO - Unit. $652000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 652000 | 0 | 1476850 |
| 07/10/2024 | HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - ANGELICA VELEZ | 3.00 | 70200 | 0 | 1547050 |
| 08/10/2024 | *EDO ATP SUSP INY DE 0,5 A 2 ML - Unit. $5200 - MARIA DANIELA | 1.00 | 5200 | 0 | 1552250 |
| 08/10/2024 | *PREDNISOLONA TAB 20 MG X UNIDAD - Unit. $1200 - MARIA DANIELA | 2.00 | 2400 | 0 | 1554650 |
| 08/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - MARIA DANIELA | 1.00 | 18700 | 0 | 1573350 |
| 08/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 31500 | 0 | 1604850 |
| 09/10/2024 | *EDO ATP SUSP INY DE 0,5 A 2 ML - Unit. $5200 - MARIA DANIELA | 1.00 | 5200 | 0 | 1610050 |
| 09/10/2024 | *PREDNISOLONA TAB 20 MG X UNIDAD - Unit. $1200 - MARIA DANIELA | 2.00 | 2400 | 0 | 1612450 |
| 09/10/2024 | *PILERAN INY X ML - Unit. $3700 - MARIA DANIELA | 3.00 | 11100 | 0 | 1623550 |
| 09/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - MARIA DANIELA | 1.00 | 18700 | 0 | 1642250 |
| 09/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 31500 | 0 | 1673750 |
| 09/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - | 2.00 | 700 | 0 | 1674450 |

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| | MARIA DANIELA | | | | |
| 09/10/2024 | *CANNEX SUSP ORAL DOSIS X ML - Unit. $3000 - MARIA DANIELA | 3.00 | 9000 | 0 | 1683450 |
| 09/10/2024 | *DOXICAN TAB 200 MG - Unit. $1950 - MARIA DANIELA | 4.00 | 7800 | 0 | 1691250 |
| 09/10/2024 | UAM LAB COPROLOGICO - Unit. $17000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 17000 | 0 | 1708250 |
| 10/10/2024 | *COLIVET INYECTABLE DE 1,1 A 3 ML - Unit. $5600 - MARIA DANIELA | 2.00 | 11200 | 0 | 1719450 |
| 10/10/2024 | *CERENIA SUSP INY DE 2,1 A 3 ML - Unit. $35200 - MARIA DANIELA | 1.00 | 35200 | 0 | 1754650 |
| 10/10/2024 | *FENTANILO 0.05 MG/ML DOSIS X ML - Unit. $2000 - MARIA DANIELA | 6.00 | 12000 | 0 | 1766650 |
| 10/10/2024 | *CONSUMIBLES HOSPITAL - Unit. $18700 - MARIA DANIELA | 1.00 | 18700 | 0 | 1785350 |
| 10/10/2024 | HOSPITALIZACION CANINO NOCHE - Unit. $31500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 31500 | 0 | 1816850 |
| 10/10/2024 | *19 JERINGA 5 ML 21G X 1 1/2 UNIDAD - Unit. $350 - MARIA DANIELA | 5.00 | 1750 | 0 | 1818600 |
| 10/10/2024 | *SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML - Unit. $4900 - MARIA DANIELA | 1.00 | 4900 | 0 | 1823500 |
| 10/10/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - MARIA DANIELA | 1.00 | 24300 | 0 | 1847800 |
| 10/10/2024 | EJ CREATININA - Unit. $17000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 17000 | 0 | 1864800 |
| 10/10/2024 | *ROTOR HEPATICO MAMIFEROS (ALB,ALP,ALT,BA,BUN,CHOL,GGT,TBIL) - Unit. $80000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 80000 | 0 | 1944800 |
| 10/10/2024 | *CAPSTAR 57 MG TAB X UNIDAD - Unit. $8500 - MARIA DANIELA | 1.00 | 8500 | 0 | 1953300 |
| 10/10/2024 | *PREDNISOLONA TAB 20 MG X UNIDAD - Unit. $1200 - MARIA DANIELA | 1.00 | 1200 | 0 | 1954500 |
| 10/10/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE VISTA ADICIONAL/CONTROL (1) - Unit. $22000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 22000 | 0 | 1976500 |
| 10/10/2024 | *FORMULA DE CONTROL ESPECIAL - Unit. $15000 - ANGELICA VELEZ | 1.00 | 15000 | 0 | 1991500 |
| 10/10/2024 | *EDO ATP SUSP INY DE 0,5 A 2 ML - Unit. $5200 - MARIA DANIELA | 1.00 | 5200 | 0 | 1996700 |
| 10/10/2024 | *PILERAN INY X ML - Unit. $3700 - MARIA DANIELA | 6.00 | 22200 | 0 | 2018900 |
| 10/10/2024 | HIDRATACION CANINO/FELINO PROCEDIMIENTO - Unit. $23400 - MARIA DANIELA | 1.00 | 23400 | 0 | 2042300 |
| 10/10/2024 | TOMA DE MUESTRA - Unit. $5000 - MARIA DANIELA | 1.00 | 5000 | 0 | 2047300 |
| 10/10/2024 | *DISPOSICION X KG - Unit. $5600 - LAURA RENDON | 30.00 | 168000 | 0 | 2215300 |

Moneda: $

**SALDO:** 2215300

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

**Fecha:** 04/octubre/24 **Remitido por:**

**Especie / Raza:** Canino / P. doméstico **Nombre:** Terry

**Diagnóstico presuntivo:** Hemoparásitos / Enf. hepática

**Quién traslada nombre / Cédula:**

Paciente tratado con:

I. Quicetol 1,5 ml SC

Oxitetraciclina 62 ml IV.

Aminolite 30 ml IV.

NaCl 3 ml/kg 2 horas

Se remite paciente para hospitalización.

clínica visión de las Américas

Cra 13 #9-67

**Firma de Profesional Veterinario**

**Nombres y Apellidos**

**MP:** 29651

**Firma del encargado**

**Nombres y Apellidos**

**CC:** _____

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

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION Y PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES REMITIDOS DEL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO

Yo Juan José Alzate Román identificado con cédula de ciudadanía número 1004670432 de Pereira en calidad de responsable de Terry, especie canina, raza P. Alemán, sexo M X H ___, de 7 - 8 años, con 31 Kg de peso e historia clínica número 7987. Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del paciente, por lo que autorizo y asumo el riesgo, para que los médicos veterinarios de la **Institución Universitaria Visión de las Américas,** realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas y/o procedimientos necesarios para recuperar su estado de salud.

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

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

Entiendo que el/la paciente, será atendido siguiendo todos los protocolos médico-quirúrgicos establecidos. Sin embargo, existen algunos riesgos imposibles de prever y pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; estas posibles complicaciones, se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del/la paciente y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.

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

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

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

Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas, presupuesto y posibles complicaciones. Además, me comprometo a cumplir las recomendaciones médicas y a seguir las políticas de atención establecidas por la institución. He leído y entendido el instructivo hospitalización y procedimientos y declaro que acepto las condiciones del presente documento, exonerando de toda responsabilidad civil contractual y extracontractual en virtud del servicio que se me presta en la **Institución Universitaria Visión de las Américas.**

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

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

En contraparte yo CARLOS OSPINO con tarjeta profesional número 3161O en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

**Nota: Quien firma como acudiente acepta ser el responsable por el paciente; En caso que el paciente no tenga acudiente el hospital público veterinario de la ciudad de Pereira será el único responsable y tomador de decisiones autorizado y será el encargado de ubicar un hogar o definir el destino final del paciente una vez completada su recuperación.**

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 4 de octubre del 2021

**Tutor/Acudiente**
CC: 1004670432
Tel: 3243586353

**Médico Veterinario Visión de las Américas**
MP: 3161O

En caso de pacientes sin acudiente por favor diligenciar la siguiente información:

| Lugar de procedencia o hallazgo | Descripción de los hechos | |
|---|---|---|
| *Especificar sector/barrio/vereda | | |
| **Datos de quien entrega** | | |
| **Nombre completo** | **Cedula** | **Teléfono** |
| | | |
| **Dirección:** | | |

**Autoriza el ingreso Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

## CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de Ingreso: 4/Octubre/2024
Paciente: Terry # HC: 2987
Diagnostico presuntivo: Hemotropicos, leptospira, Hepatitis, AHT

Sexo: M X H
Especie: Canino
Edad: 7Años

Peso: 31kg Cta $ 3
Médico tratante: Carlos Orpina.
Obs. Convenio - Tiene Tutor.

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML |
|---|---|---|---|---|---|
| 04/10 | OMEPRAZOL | SID | IV | 0,8 | 6,2 |
| | OXITETRACICLINA | BID | IV | 5 | 3,1 |
| | EDO ATP | SID | IV | — | 1 |
| | PICANAN | BID | IV | 0,5 | 3 |
| | URSACOL 300 | SID | PO | 15 | 1 y ½ TAB |
| | CANATOX | BID | PO | 1ml/15kg | 2 |
| | COLIVET | BID | IV | 1S | 1,6 |
| | | | | | |
| 05/10 | OMEPRAZOL | SID | IV | 0,8 | 6,2 |
| | OXITETRACICLINA | BID | IV | 5 | 3,1 |
| | EDO ATP | SID | IV | — | 1 |
| | PICANAN | BID | IV | 0,5 | 3 |
| | URSACOL 300 | SID | PO | 15 | 1 y ½ TAB |
| | CANATOX | BID | PO | 1ml/15k | 2 |
| | ACIFLUX 300 | BID | PO | 1cm/10kg | 5ml |
| | Amoxicilina | SID | IV | 5ml/kg | 100ml |
| 20mg | Prednisolona | SID | VO | 1mg | 1/2 Tab |
| | | | | | |
| 06/10 | OMEPRAZOL | SID | IV | 0,8 | 6,2 |
| | OXITETRACICLINA | BID | IV | 5 | 3,1 |
| | EDO ATP | SID | IV | — | 1 |
| | URSACOL 300 | SID | PO | 15 | 1 y ½ TAB |
| | CANATOX | BID | PO | 1ml/15k | 2 |
| | ACIFLOX 300. | BID | PO | 1cm/10kg | 5 |
| | AMOXICILINA | SID | IV | 5ml/Kg | 100 ml |
| | PREDNISOLONA 20mg | SID | PO | 1 | 1 y ½ TAB |

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

Pertenencias dejadas/observaciones adicionales: URSACOL Y CANATOX ⇒ DONADO

Programado O / Aplicado X

FC 80 T: 38°C Pam: 77
FR 20 Mg IC S: 128
FR 28 TI 15 T: 38C
FC: 76 cm: 94

Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de Ingreso: 4/10/24
Paciente: Terry
Numero de HC: 2987
Peso: 37 Kg
Médico tratante: Ca OS.
Obs. Convenio - Tutor.

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 09/10 | Omeprazol | SID | IV | 0,8 | 6,2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Oxitetraciclina | BID | IV | 5 | 3,1 | | | | | | | | — | | | | ⊖ | — | | | SOSPENDIDO | | | | | | | | ⊖ |
| | Edo ATP | SID | IV | — | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ursacol 300 | SID | PO | 15 | 1 y 1/2 tab | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | |
| | Canatox | BID | PO | 1ml/15kg | 2 | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | |
| | Actflux Susp. | BID | PO | | 5 | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| | Aminolyte | SID | IV | 5ml/kg | 100ml | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | |
| | Prednidony 20 | SID | PO | 1 | 1 y 3/4 Tab | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | |
| | Doxiciclina | BID | PO | 5mg/kg | 3/4 tab | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ |
| 08/10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Omeprazol | SID | IV | 0.8 | 6.2ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | |
| | Edo ATP | SID | IV | — | 1ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | |
| | Ursacol | SID | VO | 15mg | 1 1/2 tab | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | |
| | Canatox | BID | VO | 1ml/5kg | 2ml | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | |
| | Actflux | BID | VO | — | 5ml | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| 20mg | Prednisolona | SID | VO | 1mg | 1 3/4 Tab | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | |
| 20mg | doxiciclina | BID | VO | 5mg | 3/4 Tab | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ |
| 09/10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Edo ATP | SID | IV | — | 1ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | |
| | Ursacol | SID | VO | 15mg | 1 1/2 Tab | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | |
| | Canatox | BID | VO | 1ml/15kg | 2ml | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | |
| | Actflux | BID | VO | — | 5ml | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| | prednisolona | SID | VO | 1mg | 1 3/4 Tab | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | |
| | doxiciclina | BID | VO | 5mg | 3/4 Tab | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | | | | | | | | ⊗ |
| | Piteran | BID | IV | 0.5mg | 3ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ | | | | | |
| | Canex | SID | VO | | 3ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⊗ |
| | Edo ATP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ursacol | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:

Programado O / Aplicado X

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de ingreso: 4/10/24
Paciente: Terry # HC: 2987
Diagnostico presuntivo: Colangiohepatitis

Sexo: M X H
Especie: Canino
Edad:

Peso: 31Kg Cta $ #3
Médico tratante:
Obs.

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML |
|---|---|---|---|---|---|
| 10/10 | Edo ATP | SID | IV | — | 1ml |
| | Urbacol | SID | VO | 45mg | 1 ½ Tab |
| | Caprotax | BID | VO | 1ml/15kg | 2ml |
| | Acrox | BID | VO | — | 3ml |
| | Prednisolona 20 | SID | VO | 0.5mg | ½ Tab |
| | Pilcan | BID | IV | 0.5mg | 3ml |
| | Calivet | BID | IV | 20mg | 1.2ml |
| | Canmex | SID | VO | 1ml/15kg | 3ml |
| | Cerenia | SID | IV | 1mg/1ml | 3ml |
| | Metronid | BID | PO | 20+1 | 24ml |
| | Fentanilo | DIF | IV | 0.002mg | 1.2ml |
| 11/10 | Fentanilo | SID | IV | 0.001mg | 4ml |
| | Edo ATP | SID | IV | — | 1ml |
| | Urbacol | SID | VO | 45mg | 1 ½ Tab |
| | Caprotax | BID | VO | 1ml/15 | 2ml |
| | prednisolona 20 | SID | VO | 0.5mg | ½ Tab |
| | Pilcan | BID | IV | 0.5mg | 3ml |
| | Calivet | BID | IV | 20mg | 1.2ml |
| | Canmex | SID | VO | 1ml/15kg | 3ml |
| | Cerenia | SID | IV | 1mg | 3ml |
| | Metronid | BID | VO | 20mg | 24ml |

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

FALLECE

Pertenencias dejadas/observaciones adicionales:

Programado O
Aplicado X

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## Exámen físico diario paciente hospitalizado

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

Ingresa: _____ Obs: _____

| FECHA | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA | 10/10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| PARAMETRO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T° | 37 | | | | | | | | | | | | | | | |
| FC | 144 | | | | | | | | | | | | | | | |
| FR | 24 | | | | | | | | | | | | | | | |
| PULSO | F | | | | | | | | | | | | | | | |
| MUCOSAS | Ict | | | | | | | | | | | | | | | |
| TLLC | 2" | | | | | | | | | | | | | | | |
| COME | Poco | | | | | | | | | | | | | | | |
| BEBE | Si | | | | | | | | | | | | | | | |
| VOMITO | Si | | | | | | | | | | | | | | | |
| HECES | Si | | | | | | | | | | | | | | | |
| MICCION | Si | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESION ARTERIAL MEDIA | 95mmHg | | | | | | | | | | | | | | | |
| % DESHIDRATACION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *dolor | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *neuro | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REALIZADO POR *iniciales | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PENDIENTES | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | | | |

VOMITO

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

## Exámen físico diario paciente hospitalizado

Paciente: Terry Numero de HC: 2987 Peso de ingreso: 31 Kg

Ingresa: 04/10/24 Obs:

| FECHA | 06/10 | 07/10 | 08/10 | 09/10 | 10/10 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA | 3:00 | 5:00 | 5:00 | 6:00 | 6:00 | | | | | | | | | | |
| PARAMETRO | PM | am | am | PM | AM | | | | | | | | | | |
| T° | 38°C | 38.8C | 37°C | 37.3 | 37.1°C | | | | | | | | | | |
| FC | 76 | 76 | 70 | 104 | 128 | | | | | | | | | | |
| FR | 28 | 20 | 20 | 24 | 28 | | | | | | | | | | |
| PULSO | F | F | F | F | F | | | | | | | | | | |
| MUCOSAS | RI | RP/I | RPII | RF | P/I | | | | | | | | | | |
| TLLC | 2s | 2s | 2s | 1 sg | 2s | | | | | | | | | | |
| COME | Si | Si | Si | NO | Poco | | | | | | | | | | |
| BEBE | Si | Si | Si | Si | Si | | | | | | | | | | |
| VOMITO | NO | No | NO | NO | NO | | | | | | | | | | |
| HECES | | | Si(A) | Si | Si | | | | | | | | | | |
| MICCION | Si | Si | Si | Si | Si | | | | | | | | | | |
| PESO | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESION ARTERIAL MEDIA | 94 | | | | 6Amoxy | | | | | | | | | | |
| % DESHIDRATACION | | | | | | | | | | | | | | | |
| FLUIDOS *NaCl-Ringer-Dex | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 am-7 pm | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vol. FLUIDOS 7 pm-7 am | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *dolor | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCORE GLASGOW *neuro | | | | | | | | | | | | | | | |
| REALIZADO POR *iniciales | NDB | NDB | | | NDB | | | | | | | | | | |
| PENDIENTES | S:142 D:80 | | | | S:117 D:51 | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | | |

# Clínica Veterinaria Visión de las Américas

**CONTROL DE MEDICACION DE PACIENTE HOSPITALIZADO**

Fecha de ingreso: _____

Paciente: _____ # HC: _____

Diagnostico presuntivo: _____

Sexo: M___ H___

Especie: _____

Edad: _____

Peso: _____ Cta $ _____

Médico tratante: _____

Obs. _____

| FECHA | MEDICAMENTO | FRE | VIA | MG/KG | DOSIS ML | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

| PACIENTE: Terry | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 4/10 | 5/10 | 6/10 | 07/10 |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | |
| BURETA 150 ML X UND | 1 | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | | | | 1 |
| CATETER IV 24 AMARILLO | | | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | 1 | 1 | 1 | 1 |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | 1 | 1 | | |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | |
| FCO GOTERO X ____ ML | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | 1 | | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | |
| JERINGA 1 ML | | | | |
| JERINGA 10 ML | | | | |
| JERINGA 20 ML | 1 | 1 | | |
| JERINGA 2-3 ML | 2+1+1 | | | |
| JERINGA 5 ML | 1+1+1 | | | |
| JERINGA 50 ML | | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | |

| # HC 2987 | FECHA | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 4/10 | 5/10 | 6/10 | 07/10 |
| LATA CANINE I/D 13 OZ | | | | |
| LATA E/N CANINO 377 G | | | | |
| LATA FELINO I/D 5.5 OZ | | | | |
| LATA HA CANINE X 377 GR | | | | |
| LLAVE DE TRES VIAS | | | | |
| MILPRO ADULTO 16MG/40MG | | | | |
| MILPRO CACHORRO TAB | | | | |
| OXIGENO MEDICINAL (PARED) | | | | |
| OXIGENOTERAPIA CONCENTRA. | | | | |
| SET DE TRANSFUSION SANGRE | | | | |
| SOL. DEXTROSA 5% 500 ML | | | | |
| SOLUCION CLORURO X 100ML | | | 1 | |
| SOLUCION CLORURO X 500ML | 1 | | | |
| SOLUCIÓN HARTMAN X 500ML | 1 | | | |
| SONDA FOLEY 2 VIAS # | | | | |
| SONDA LEVIN NASOGA. # | | | | |
| SONDA NELATHON # | | | | |
| SONDA NELATHON # | | | | |
| SONDA URINARIA FELINO | | | | |
| SUPRASOB A COMPRESA | | | | |
| SUT. AC POLIGLICOLICO # | | | | |
| SUT. POLIDIOXANONA # | | | | |
| SUT. POLIGALACTINA # | | | | |
| SUTURA N/A # | | | | |
| TAPON HEPARINIZADO | | | | 1 |
| TEST DE FLUORESCEINA | | | | |
| TEST DE LEUCEMIA | | | | |
| TEST DE MOQUILLO | 1 | | | |
| TEST DE PARVOVIRUS | 1 | | | |
| TEST DE SCHIMER TIRILLA | | | | |
| TGHXVENDA TUBULAR ELAS mt | | | | |
| TIRA PARA CETONA EN SANGRE | | | | |

| ARTICULO | FECHA 4/10 | FECHA 5/10 | FECHA 06/10 | FECHA 07/10 |
|---|---|---|---|---|
| TIRAS PARA GLUCOSA CAN/FELI | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | | |
| VENOCLISIS MACROGOTEO | 1 | | | |
| VENOCLISIS MICROGOTEO | | | | |
| VLIWASORB APOSITO | | | | |
| YS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| CITOLOGIA | | | | |
| ECOGRAFIA ABDOMINAL | | 1 | | |
| ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | | | | |
| HEMOGRAMA UAM | 1 | | | |
| HIDRATACION | 1 | | | |
| HISTOPATOLOGIA | | | | |
| HOSPITALIZACION | 1 | 1 | 1 | 1 |
| NEBULIZACION | | | | |
| REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| **SERVICIOS Y OTROS** | | | | |
| Rotax QX control | 1 | | | |
| Test leptospira Gelab | | 1 | | |
| Prednisolona 20mg | | 2 | | |
| piedrisolona 20 mg | | 4 | | |
| PCR Ictericometh | | | | 1 |

# CONTROL DE INSUMOS PACIENTE HOSPITALIZADO

| PACIENTE: Terry | FECHA | FECHA | | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 03/10 | 09/10 | 10/10 | |
| ARENA PARA GATOS X LB | | | | |
| ACIFLUX TAB 500 MG | | | | |
| BATA BLANCA DESECHA. | | | | |
| BURETA 150 ML Y UND | | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO | | | | |
| CATETER IV 18 | | | | |
| CATETER IV 20 ROSADO | | | | |
| CATETER IV 22 AZUL | | | | |
| CATETER IV 24 AMARILLO | | | | |
| COMPRESA ESTERIL PQT 2 UND | | | | |
| CONSUMIBLES HOSPITAL | 1 | 1 | 1 | |
| COPITO MADERA ESTERIL | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| CUCHILLA BISTURI # | | | | |
| ENTEREX POLVO X 8 GR | | | | |
| EQUIPO PERICRANEAL 21G | | | | |
| EXTENCION PARA ANESTAESIA | | | | |
| FCO GOTERO X ____ ML | | | | |
| FCO RECOLECTOR COPRO. | | | | |
| FCO RECOLECTOR ORINA | | | | |
| FORMULA DE CONTROL ESPE. | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 7,5 | | | | |
| GUANTES QX ESTERIL 6,5 | | | | |
| JERINGA PUNTA CATE. | | | | |
| JERINGA 1 ML | | | | |
| JERINGA 10 ML | | | | |
| JERINGA 20 ML | | | | |
| JERINGA 2-3 ML | | | | |
| JERINGA 5 ML | | 4+1 | | |
| JERINGA 50 ML | | | | |
| KIT MICRONEBULIZACION | | | | |
| LATA C/N 156 G | | | | |

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

| | | FECHA | FECHA | FECHA |
|---|---|---|---|---|
| ARTICULO | 03/10 | 09/10 | 10/10 | |
| TIRAS PARA GLUCOSA CANI/FELI | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL # | | | | |
| VENDA COBAN PET-FLEX | | | | |
| VENDA TELA O GASA 4X5 UND | | | | |
| VENOCLISIS MACROGOTEO | | | | |
| VENOCLISIS MICROGOTEO | | | | |
| VUWASORB APOSITO | | | | |
| VS UA 14 STRIP(TIRILLA ORINA) | | | | |
| CITOLOGIA | | | | |
| ECOGRAFIA ABDOMINAL | | | | |
| ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE | | | | |
| HEMOGRAMA UAM | | | 1 | |
| HIDRATACION | | | | |
| HISTOPATOLOGIA | | | | |
| HOSPITALIZACION | 1 | 1 | 1 | |
| NEBULIZACION | | | | |
| REPORTE RADIOGRAFICO | | | | |
| **SERVICIOS Y OTROS** | | | | |
| Cefa Fyelah | | | 1 | |
| Gotas mimulan | | | 1 | |
| Cefster 50mg | | | 1 | |
| Prednizoo 20mgTAB | | | 1 | |
| picaRexalcido | | | 1 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

zoetis

TERRY

ID del paciente: 2987

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 6/10/2017
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: PASTOR ALEMAN
Doctor: Desconocido/a

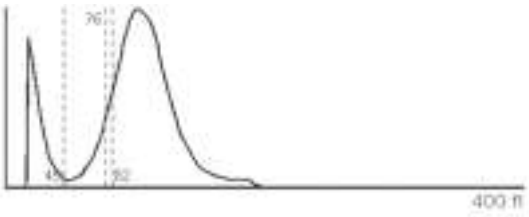
# Hematología

Fecha: 10/10/2024 11:01 AM  N° de serie del analizador: 360017749

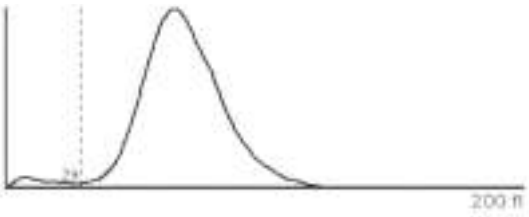
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **LEU** Leucocitos/Glóbulos blancos | 23.95 10^3/µl | ALTO | 6.0 | 17.0 |
| **LIN** Linfocito | 1.88 10^3/µl | | 1.0 | 4.8 |
| **MON** Monocito | 1.25 10^3/µl | | 0.2 | 1.5 |
| **NEU** Neutrófilo | 20.76 10^3/µl | ALTO | 3.0 | 12.0 |
| **EOS** Eosinófilo | 0.05 10^3/µl | | 0.0 | 0.8 |
| **BAS** Basófilo | 0.01 10^3/µl | | 0.0 | 0.4 |
| **LIN%** Linfocito (%) | 7.8 % | | | |
| **MON%** Monocito (%) | 5.2 % | | | |
| **NEU%** Neutrófilo (%) | 86.7 % | | | |
| **EOS%** Eosinófilo (%) | 0.2 % | | | |
| **BAS%** Basófilo (%) | 0.0 % | | | |
| **ERI** Eritrocitos/Glóbulos rojos | 4.19 10^6/µl | BAJO | 5.5 | 8.5 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **Hb** Hemoglobina | 9.5 g/dl | BAJO | 12.0 | 18.0 |
| **Hto** Hematocrito | 29.04 % | BAJO | 37.0 | 55.0 |
| **VCM** Volumen corpuscular medio | 69 fl | | 60.0 | 77.0 |
| **HCM** Hemoglobina corpuscular media | 22.6 pg | | 19.5 | 24.5 |
| **CHCM** Concentración de HCM | 32.7 g/dl | | 31.0 | 39.0 |
| **RDWc** Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 21.6 % | ALTO | 14.0 | 20.0 |
| **RDWs** Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 50.0 fl | | | |
| **PLT** Plaquetas | 84 10^3/µl | BAJO | 165.0 | 500.0 |
| **VPM** Volumen plaquetario medio | 12.7 fl | ALTO | 3.9 | 11.1 |
| **PCT** Plaquetocrito | 0.11 % | | | |
| **PDWc** Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 43.7 % | | | |
| **PDWs** Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 27.5 fl | | | |

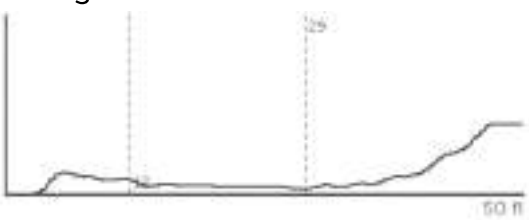
## Histograma: LEU




## Histograma: ERI




## Histograma: PLT

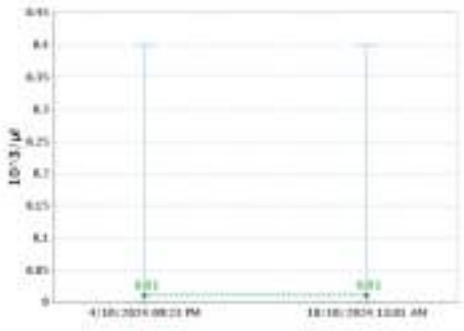



## Histograma: EOS

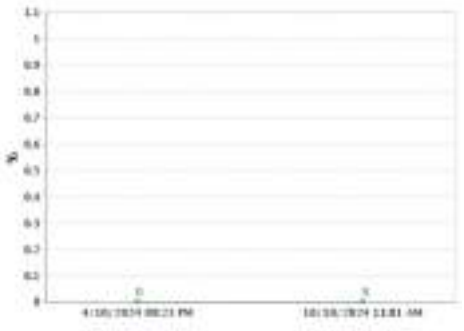


# Tendencias

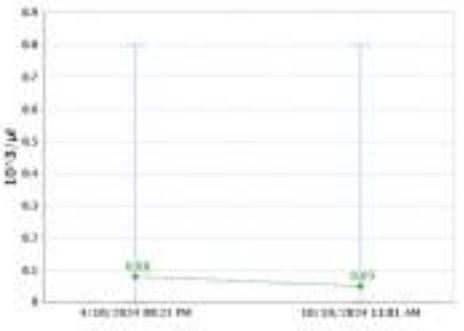
## BAS
Basófilo



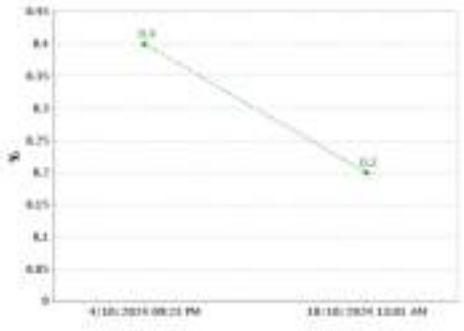
## BAS%
Basófilo (%)



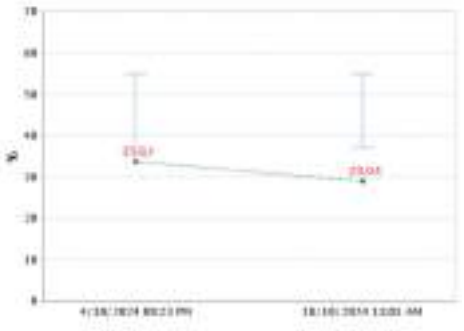
## EOS
Eosinófilo



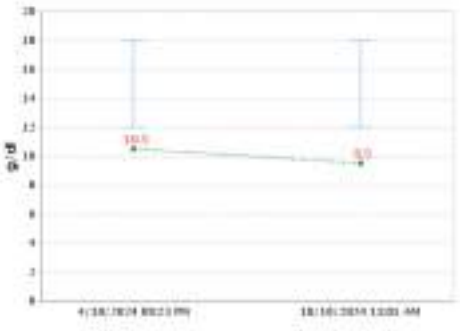
## EOS%
Eosinófilo (%)



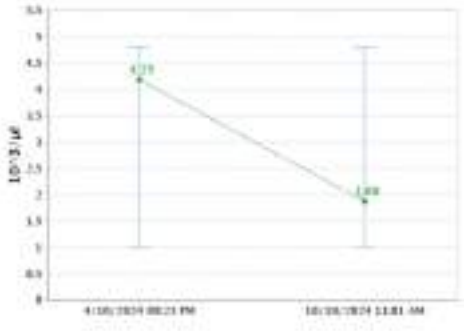
## Hto
Hematocrito



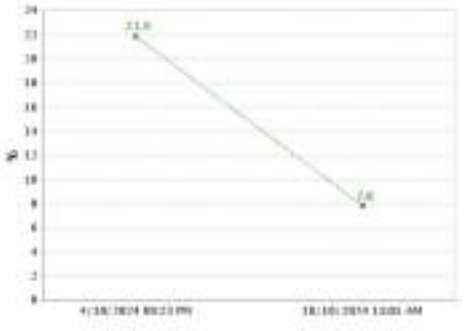
## Hb
Hemoglobina



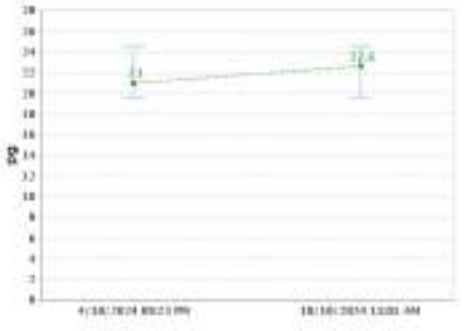
## LIN
Linfocito



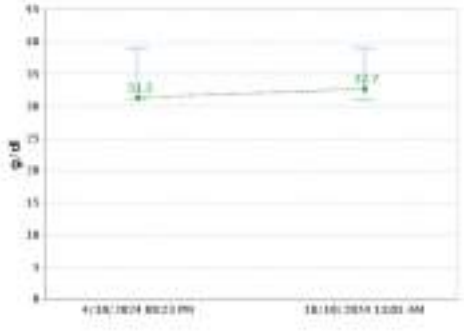
## LIN%
Linfocito (%)



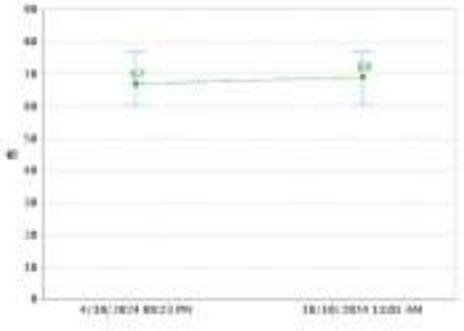
## HCM
Hemoglobina corpuscular media



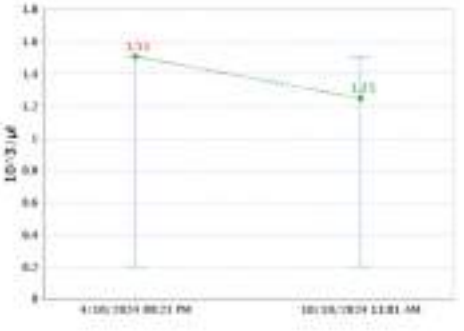
## CHCM
Concentración de HCM



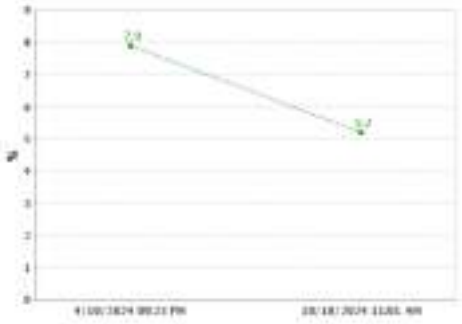
## VCM
Volumen corpuscular medio



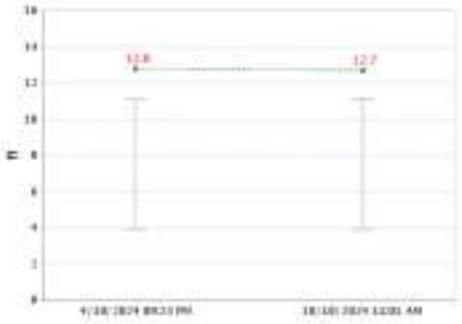
## MON
Monocito



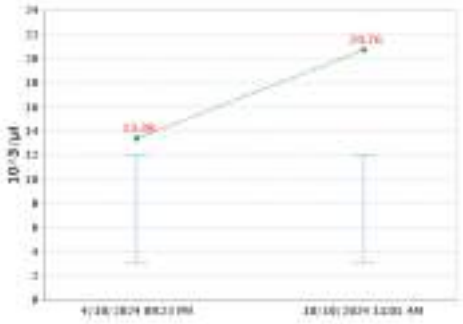
## MON%
Monocito (%)



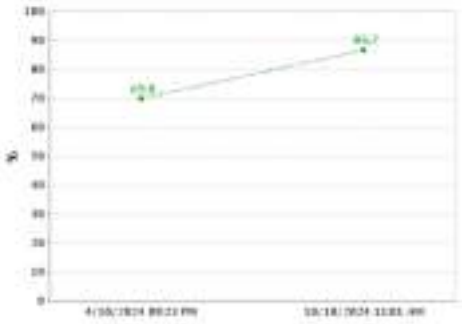
## VPM
Volumen plaquetario medio



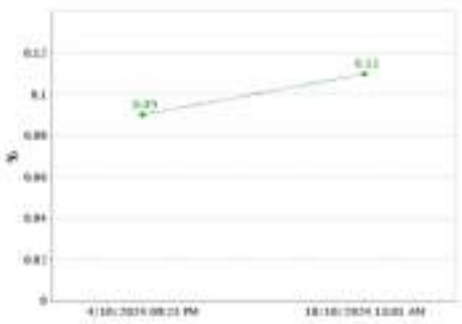
## NEU
Neutrófilo



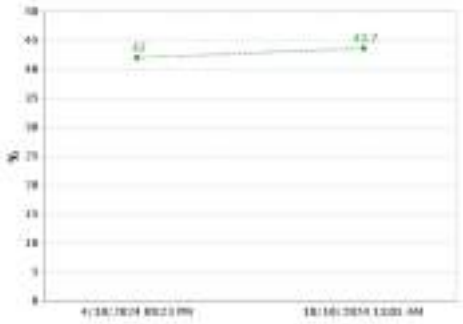
## NEU%
Neutrófilo (%)



## PCT
Plaquetocrito



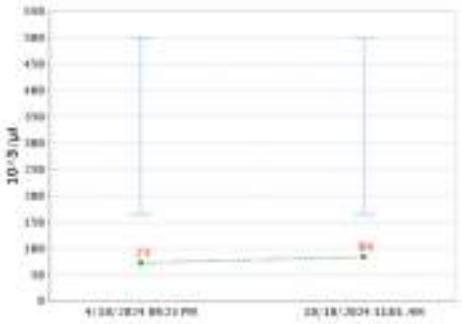
## PDWc
Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación



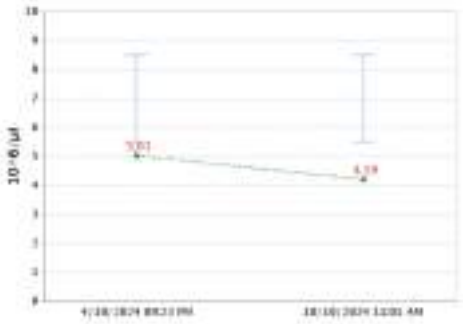
## PDWs
Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar



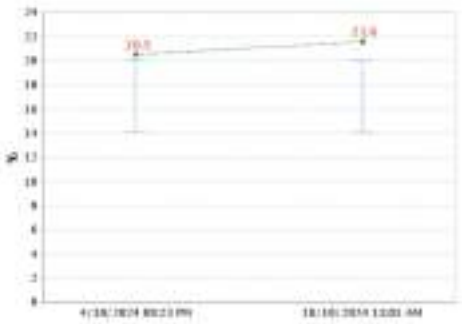
## PLT
Plaquetas



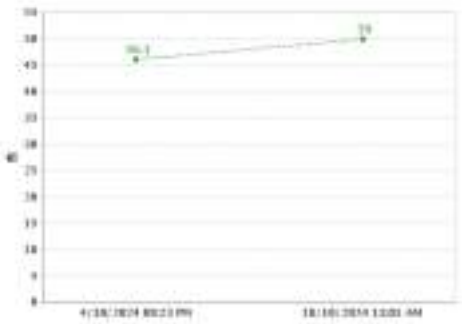
## ERI
Eritrocitos/Glóbulos rojos



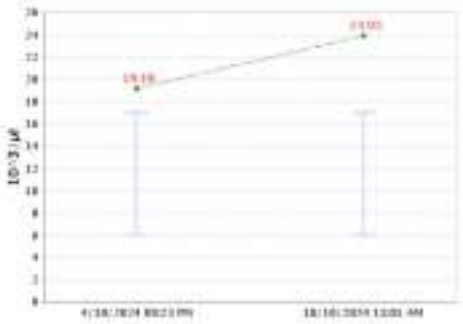
## RDWc
Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación



## RDWs
Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar



## LEU
Leucocitos/Glóbulos blancos



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

zoetis

**TERRY** ID del paciente: 2987

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 6/10/2017
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: PASTOR ALEMAN
Doctor: Desconocido/a

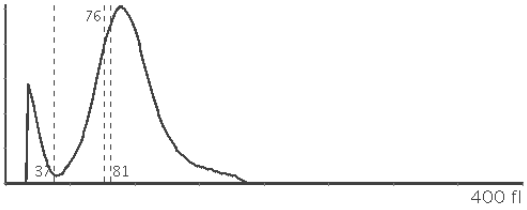
# Hematología

Fecha: 4/10/2024 09:23 PM  N° de serie del analizador: 360017749

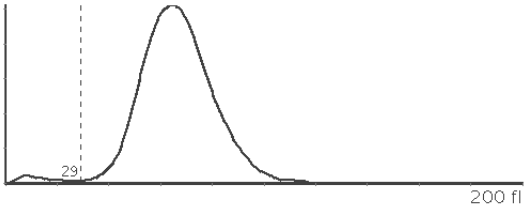
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **LEU** Leucocitos/Glóbulos blancos | 19.18 10^3/µl | ALTO | 6.0 | 17.0 |
| LIN Linfocito | 4.19 10^3/µl | | 1.0 | 4.8 |
| **MON** Monocito | 1.51 10^3/µl | ALTO | 0.2 | 1.5 |
| **NEU** Neutrófilo | 13.38 10^3/µl | ALTO | 3.0 | 12.0 |
| EOS Eosinófilo | 0.08 10^3/µl | | 0.0 | 0.8 |
| BAS Basófilo | 0.01 10^3/µl | | 0.0 | 0.4 |
| LIN% Linfocito (%) | 21.9 % | | | |
| MON% Monocito (%) | 7.9 % | | | |
| NEU% Neutrófilo (%) | 69.8 % | | | |
| EOS% Eosinófilo (%) | 0.4 % | | | |
| BAS% Basófilo (%) | 0.0 % | | | |
| **ERI** Eritrocitos/Glóbulos rojos | 5.01 10^6/µl | BAJO | 5.5 | 8.5 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **Hb** Hemoglobina | 10.5 g/dl | BAJO | 12.0 | 18.0 |
| **Hto** Hematocrito | 33.67 % | BAJO | 37.0 | 55.0 |
| VCM Volumen corpuscular medio | 67 fl | | 60.0 | 77.0 |
| HCM Hemoglobina corpuscular media | 21.0 pg | | 19.5 | 24.5 |
| CHCM Concentración de HCM | 31.3 g/dl | | 31.0 | 39.0 |
| **RDWc** Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 20.5 % | ALTO | 14.0 | 20.0 |
| RDWs Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 46.1 fl | | | |
| **PLT** Plaquetas | 73 10^3/µl | BAJO | 165.0 | 500.0 |
| **VPM** Volumen plaquetario medio | 12.8 fl | ALTO | 3.9 | 11.1 |
| PCT Plaquetocrito | 0.09 % | | | |
| PDWc Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 42.0 % | | | |
| PDWs Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 27.0 fl | | | |

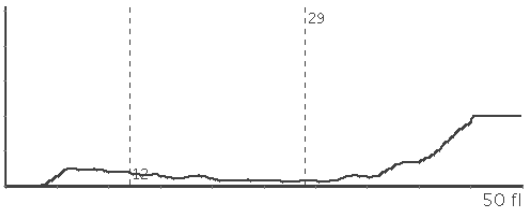
## Histograma: LEU



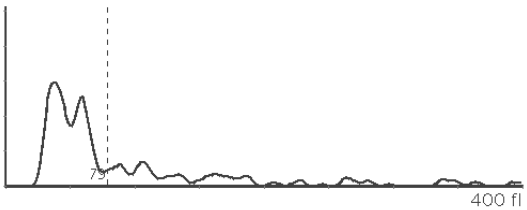

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT




## Histograma: EOS



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

zoetis

TERRY

ID del paciente: 2987

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 6/10/2017
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: PASTOR ALEMAN
Doctor: Desconocido/a

# Mammalian Liver Profile

Fecha: 10/10/2024 08:16 AM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 3434AE0

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| ALP<br>Fosfatasa alcalina | 1673 *<br>U/L | ALTO | 20.0 – 150.0 | |
| ALT<br>Alanina aminotransferasa | 355 *<br>U/L | ALTO | 10.0 – 118.0 | |
| GGT<br>Gamma-glutamiltransferasa | 35 *<br>U/L | ALTO | 0.0 – 7.0 | |
| BA<br>Ácidos biliares | 125 *<br>umol/L | ALTO | 0.0 – 25.0 | |
| TBIL<br>Bilirrubina total | 6.5 *<br>mg/dL | ALTO | 0.1 – 0.6 | |
| ALB<br>Albúmina | 1.4 *<br>g/dL | BAJO | 2.5 – 4.4 | |
| BUN<br>Nitrógeno ureico en sangre | 18<br>mg/dL | | 7.0 – 25.0 | |
| CHOL<br>Colesterol | 296 *<br>mg/dL | ALTO | 125.0 – 270.0 | |

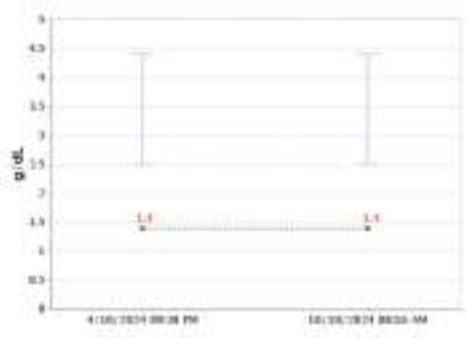
Hemólisis 1+

Lipemia 1+

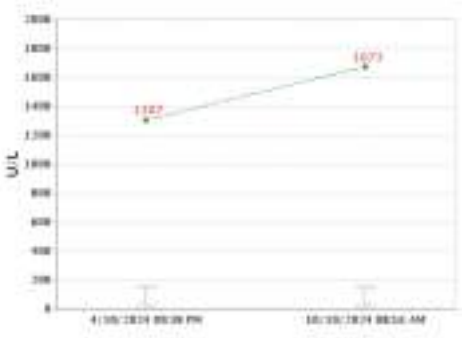
Ictericia 2+

# Tendencias

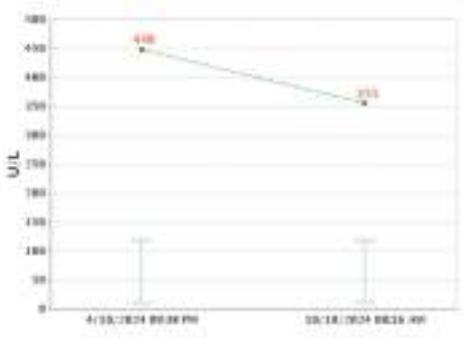
## ALB
Albúmina



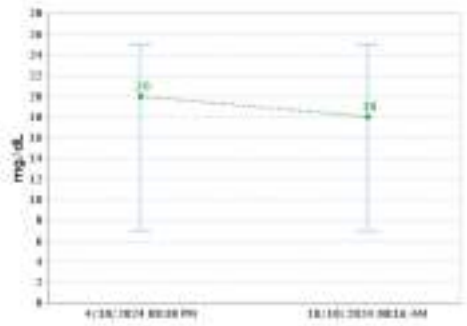

## ALP
Fosfatasa alcalina



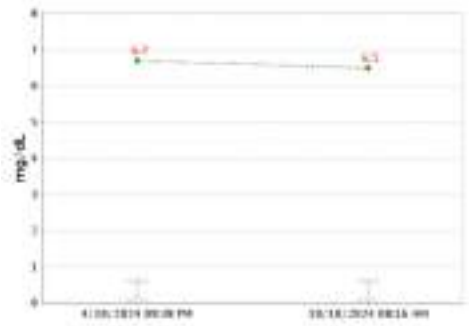

## ALT
Alanina aminotransferasa




## BUN
Nitrógeno ureico en sangre




## TBIL
Bilirrubina total



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

zoetis

TERRY

ID del paciente: 2987

Especie: Perro
Fecha de nacimiento: 6/10/2017
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Macho
Raza: PASTOR ALEMAN
Doctor: Desconocido/a

# Comprehensive Diagnostic

Fecha: 4/10/2024 09:38 PM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 4173AC4

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| ALB<br>Albúmina | 1.4 *<br>g/dL | BAJO | 2.5 | 4.4 |
| ALP<br>Fosfatasa alcalina | 1307 *<br>U/L | ALTO | 20.0 | 150.0 |
| ALT<br>Alanina aminotransferasa | 448 *<br>U/L | ALTO | 10.0 | 118.0 |
| AMY<br>Amilasa | 691<br>U/L | | 200.0 | 1200.0 |
| TBIL<br>Bilirrubina total | 6.7 *<br>mg/dL | ALTO | 0.1 | 0.6 |
| BUN<br>Nitrógeno ureico en sangre | 20<br>mg/dL | | 7.0 | 25.0 |
| CA<br>Calcio | 7.8 *<br>mg/dL | BAJO | 8.6 | 11.8 |
| PHOS<br>Fósforo | 3.4<br>mg/dL | | 2.9 | 6.6 |
| CRE<br>Creatinina | 0.9<br>mg/dL | | 0.3 | 1.4 |
| GLU<br>Glucosa | 66<br>mg/dL | | 60.0 | 110.0 |
| NA+<br>Sodio | 133 *<br>mmol/L | BAJO | 138.0 | 160.0 |
| K+<br>Potasio | 4.0<br>mmol/L | | 3.7 | 5.8 |
| TP<br>Proteinas totales | 6.0<br>g/dL | | 5.4 | 8.2 |
| GLOB<br>Globulina | 4.6<br>g/dL | | 2.3 | 5.2 |

Hemólisis
1+

Lipemia
0

Ictericia
2+

# MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

10/11/2024

**CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS**

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR
Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010
INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 152-ZTERRY
Domiciliado en la calle: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR
Localidad: RISARALDA

Paciente: TERRY
Especie: CANINO
Raza: PASTOR ALEMAN
Sexo: MACHO
Fecha Nac.: 06/10/2017

## 09/10/2024 COPROLOGICO

OBSERVACION: PRESENCIA DE HUEVOS DE ANCYLOSTOMA CANINUM 0-3/CAMPO, RESTOS DE ALIMENTO SIN PROCESAR OCASIONAL (+), GOTAS DE GRASA OCASIONAL (+).

M.V. Ma. Daniela Labarca
TP RPP 99

## Informe Resultados TERRY, Numero de reporte IR-P41888

F

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Profesional solicitante:** | SANTIAGO PULGARIN | **Identificación:** | TERRY |
| **Empresa :** | CLINICA UAM | **Propietario:** | BIOPARQUE UKUMARI |
| **Dirección Empresa:** | NR | **Especie / Edad:** | CANINA / 7 AÑOS |
| **Teléfono Empresa:** | NR | **Raza / Sexo:** | PASTOR ALEMAN / MACHO |
| **Fecha de Ingreso:** | 2024-10-10 11:42 | **Fecha de Reporte:** | 2024-10-10 12:31 |

| Examen | Resultado | Unidad | Rango Sugerido |
|---|---|---|---|
| **Creatinina** | 0.58 | mg/dl | 0,5-1,5 |

**Estado de la muestra:** PROCESADA, Suero ictérico, Posible condición patológica del paciente o debido al uso de ciertos medicamentos, ,-
**Metodo(s)**: Enzimatica Colorimetrica. //**Analista**: / **Fecha de análisis:**

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

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

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

**Fin del Informe de resultados N°:IR-P41888**



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

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

## ESTUDIO ULTRASONOGRAFICO DE ABDOMEN

| | |
|---|---|
| Nombre del paciente:Terry | Medico/clinica referente:C.V UAM |
| Edad: 6 años. | Raza:Pastor Aleman. |
| Sexo : M/C | Historial: ictericia. |

### Hallazgos ultrasonográficos:

Vejiga: dilatada con contenido luminal anecoico abundante, grosor de la pared normal, (1.6mm).
Colon descendente con patrón de contenido fecal, mucoso y gaseoso, pared normal.(1.7mm).
Riñones :ecogenicidad y ecotextura normal, adecuada definición/diferenciación, márgenes irregulares, longitud riñón izquierdo (81mm),longitud riñón derecho (78mm).
intestino delgado (yeyuno):pared estratificada normal, contenido luminal mucoso y gaseoso.
Estomago: patrón de contenido luminal de mucus y gas, pared estratificada engrosada (6.03mm).
Rama pancreática derecha: Hipoecogenico, con márgenes irregulares, grosor aumentado (24mm).
Rama pancreática izquierda: Hipoecogenico, con márgenes irregulares, grosor aumentado (19mm), hiperecogenicidad de la grasa peri pancreática.
Bazo: ecogenicidad y ecotextura normal, grosor a nivel del hilio.(22mm).
Hígado: ecogenicidad y ecotextura normal, márgenes redondeados, tamaño aumentado.
Vesícula biliar : contenido luminal anecoico escaso, pared engrosada, grosor (3.9mm).
Duodeno: contenido luminal mucoso y gaseoso, pared estratificada normal.
Linfonodo pancreático duodenal: hipoecogenico ,forma redondeada ,tamaño aumentado (13mmx13mm).

### Opinión y diagnósticos diferenciales:

Hallazgos ultrasonográficos en páncreas sugieren pancreatopatia inflamatoria vs edema.
Hallazgos ultrasonográficos en hígado sugieren congestión pasiva, hepatitis/colangitis/colangiohepatitis/linfoma.
Hallazgos ultrasonográficos en vesícula biliar sugieren colecistitis/colangitis/edema.
Hallazgos ultrasonográficos en linfonodo pancreático duodenal sugieren reactividad.
Hallazgos ultrasonográficos en estomago sugieren gastritis/gastropatía.

Recomendaciones: Exámenes laboratoriales complementarios, monitoreo ultrasonografico a discreción del médico tratante.

Estefania Cardona

MVZ Estefanía Cardona Cruz
M.P. 26174

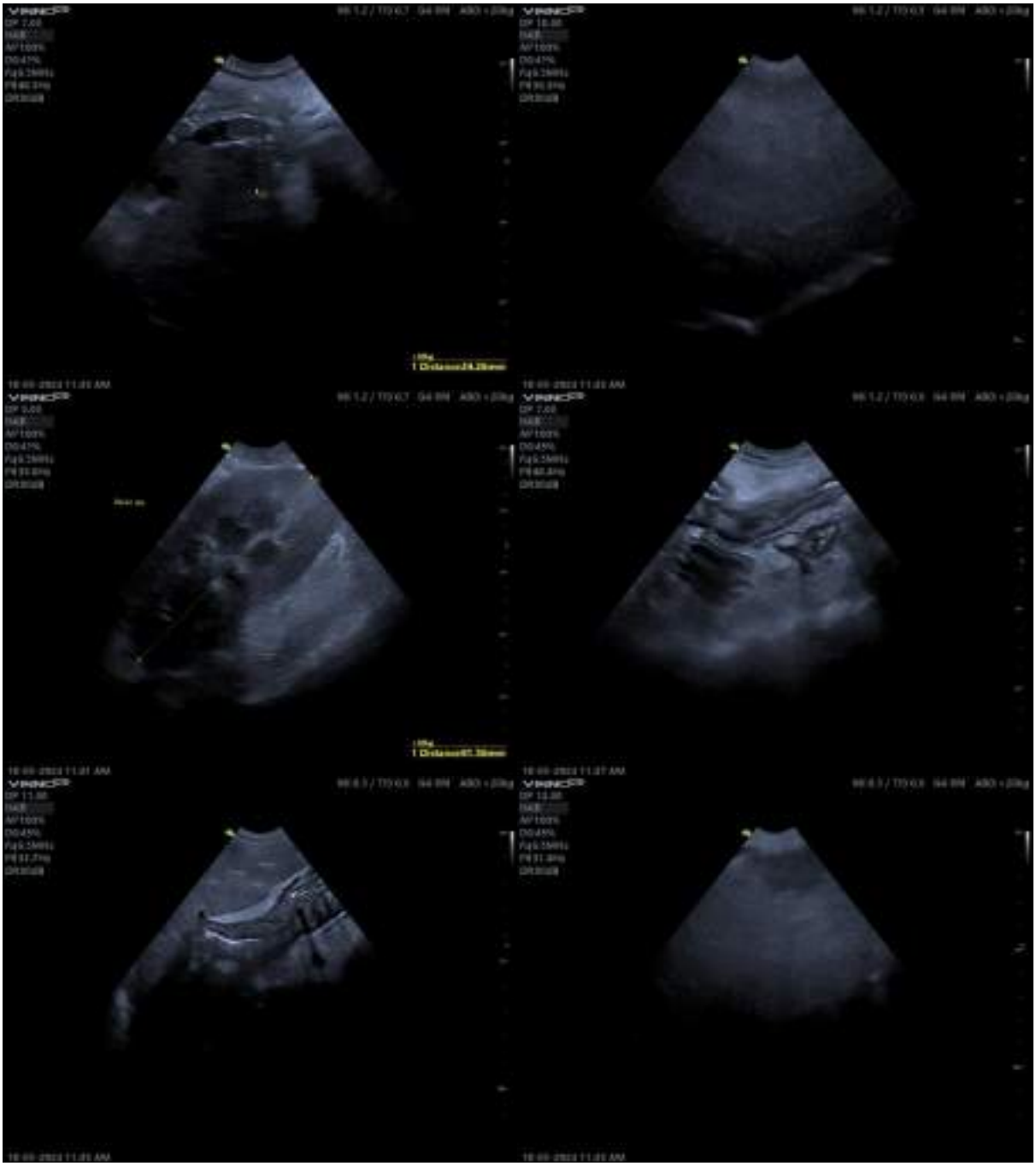
*Estimado propietario : El ultrasonido es una herramienta complementaria que ayuda a visualizar estructuras internas y posibles anomalías. Sin embargo, para obtener un diagnóstico preciso y completo, es crucial integrar estos resultados con el cuadro clínico de su mascota y otros exámenes realizados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

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

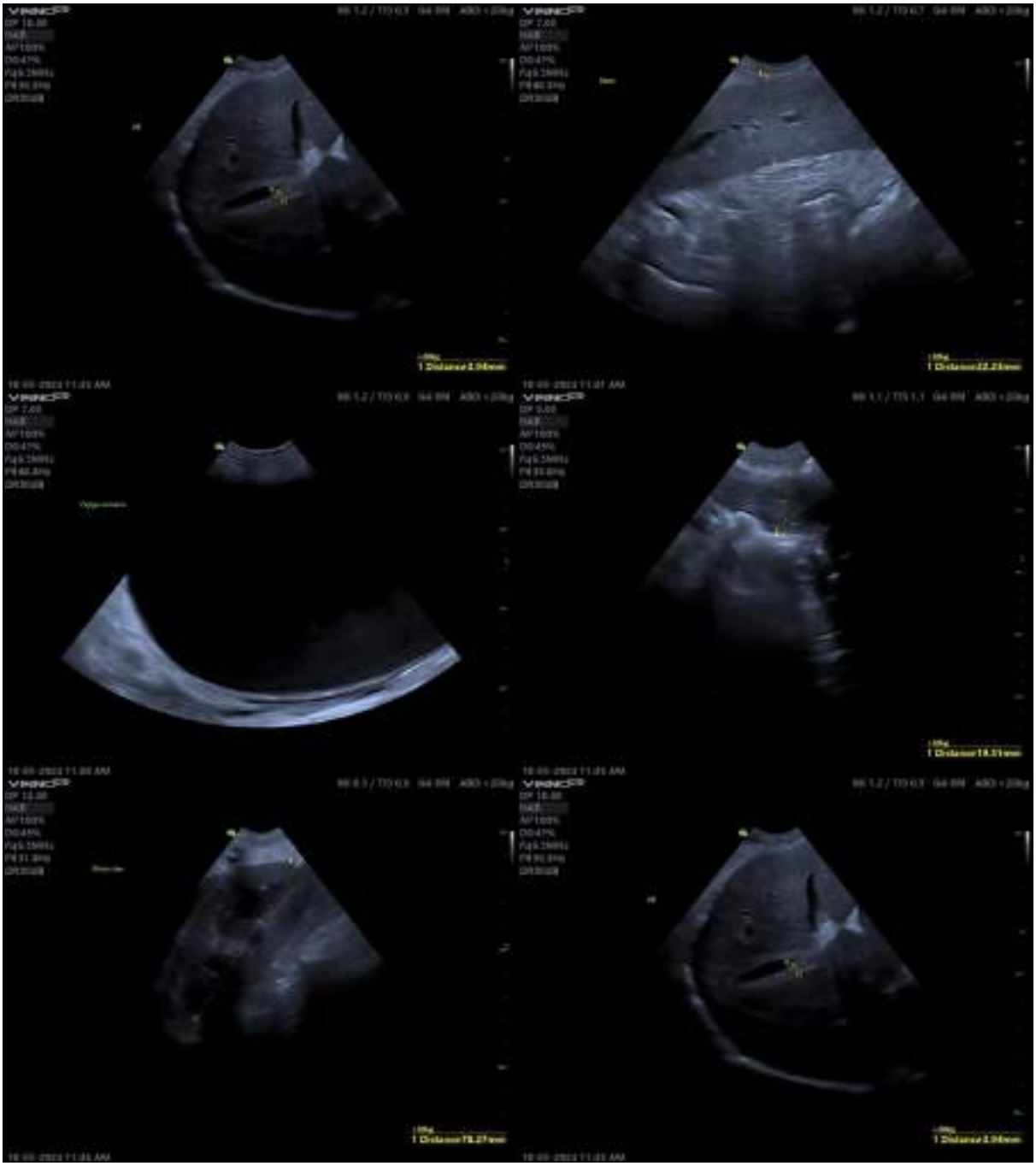
*IMÁGENES:*



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



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



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



o Veterinario
reira

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

Ultrasonido Veterinario
Pereira

| | |
|---|---|
| | **INFORME DE RESULTADOS DE ENSAYO** |

| | |
|---|---|
| RESULTADO DE EXAMEN No. | Image is too small!<br>136122 |
| TIPO DE EXAMEN | Tiempo Real Cuantitativo (Sonda) |

| **I. DATOS DEL LABORATORIO** | |
|---|---|
| **II. DATOS DEL SOLICITANTE/CLIENTE** | |
| **Laboratorio Veterinario** | N.A. |
| **Laboratorista** | N.A. |
| **Centro Veterinario** | CLINICA VETERINARIA AUTONOMA DE LAS AMERICAS |
| **Medico Veterinario** | DANIELA TRESPALACIOS RAMIREZ |
| **Dirección /Ciudad** | Cra 13 #9-67 Avenida Circunvalar |
| **III. DATOS DEL PACIENTE** | |
| **Propietario** | JUAN JOSE ALZATE |
| **Paciente** | TERRY |
| **Raza** | Pastor alemán |
| **Grupo de animal** | Caninos |
| **Edad** | 8 años 0 meses 0 días |
| **Género** | Macho |
| **IV. ITEM DE ENSAYO** | |
| **Muestra** | 2 gotas de sangre con EDTA., Orina, |
| **Identificación de la muestra** | 136122 |
| **Condición del item** | SATISFACTORIA |
| **V. DATOS DEL ENSAYO** | |
| **Fecha de recepción de la muestra** | 2024-10-07 |
| **Fecha de procesamiento de la muestra** | 2024-10-08 |

| | |
|---|---|
| **Fecha de emisión del informe** | 2024-10-09 |
| **Entidad que realiza el ensayo** | Mascolab S.A.S |
| **Lugar en donde se realiza el ensayo** | Instalaciones de Mascolab S.A.S |

**VI. MÉTODO DE ENSAYO ⓓ**

**VII. TRAZABILIDAD METROLOGICA ⓓ**

**EQUIPOS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN UTILIZADOS DURANTE EL ENSAYO ⓓ**

**VIII. CONDICIONES AMBIENTALES ⓓ**

**IX. RESULTADOS DE ENSAYO**

APC-PCR 001 Tiempo Real Cuantitativo (Sonda)

| | |
|---|---|
| **Tipo de Prueba** | **PCR-2.1 Tiempo Real Cuantitativo (Sonda) - 2.1** |
| **Calidad de la muestra (Basado en la cuantificación del material genético)** | SATISFACTORIA |
| **Resultado** | **NEGATIVO** |
| **Microorganismo** | ***Ehrlichia sp*** |
| **Copias/uL** | N/A |
| **Ct o Cq** | N/A |
| **Tipo de Muestra Procesada** | 2 gotas de sangre con EDTA.,Orina |
| **Observaciones** | |
| **Tipo de Prueba** | **PCR-2.2 Tiempo Real Cuantitativo (Sonda) - 2.2** |
| **Calidad de la muestra (Basado en la cuantificación del material genético)** | SATISFACTORIA |
| **Resultado** | **NEGATIVO** |
| **Microorganismo** | ***Anaplasma sp*** |
| **Copias/uL** | N/A |
| **Ct o Cq** | N/A |
| **Tipo de Muestra Procesada** | 2 gotas de sangre con EDTA.,Orina |
| **Observaciones** | |

| | |
|---|---|
| **Tipo de Prueba** | **PCR-2.3 Tiempo Real Cuantitativo (Sonda) - 2.3** |
| **Calidad de la muestra (Basado en la cuantificación del material genético)** | SATISFACTORIA |
| **Resultado** | **NEGATIVO** |
| **Microorganismo** | ***Hepatozoon sp*** |
| **Copias/uL** | N/A |
| **Ct o Cq** | N/A |
| **Tipo de Muestra Procesada** | 2 gotas de sangre con EDTA.,Orina |
| **Observaciones** | |
| **Tipo de Prueba** | **PCR-2.4 Tiempo Real Cuantitativo (Sonda) - 2.4** |
| **Calidad de la muestra (Basado en la cuantificación del material genético)** | SATISFACTORIA |
| **Resultado** | **NEGATIVO** |
| **Microorganismo** | ***Babesia sp*** |
| **Copias/uL** | N/A |
| **Ct o Cq** | N/A |
| **Tipo de Muestra Procesada** | 2 gotas de sangre con EDTA.,Orina |
| **Observaciones** | |
| **Tipo de Prueba** | **PCR-2.5 Tiempo Real Cuantitativo (Sonda) - 2.5** |
| **Calidad de la muestra (Basado en la cuantificación del material genético)** | SATISFACTORIA |
| **Resultado** | **NEGATIVO** |
| **Microorganismo** | ***Adenovirus canino tipo I y II*** |
| **Copias/uL** | N/A |
| **Ct o Cq** | N/A |
| **Tipo de Muestra Procesada** | 2 gotas de sangre con EDTA.,Orina |
| **Observaciones** | |

| | |
|---|---|
| **Tipo de Prueba** | **PCR-2.6 Tiempo Real Cuantitativo (Sonda) - 2.6** |
| **Calidad de la muestra**<br>**(Basado en la cuantificación del material genético)** | SATISFACTORIA |
| **Resultado** | **NEGATIVO** |
| **Microorganismo** | ***Leptospiras patógenas*** |
| **Copias/uL** | N/A |
| **Ct o Cq** | N/A |
| **Tipo de Muestra Procesada** | 2 gotas de sangre con EDTA.,Orina |
| **Observaciones** | |

**VALIDACIÓN DEL ENSAYO ⓓ**

**VALIDACIÓN DEL MÉTODO ⓓ**

## X. OBSERVACIONES

Los resultados emitidos en el presente informe se realizaron acorde a las muestras enviadas y autorizadas por el medico tratante.

## XI. ACLARACIONES

El presente informe solo es valido con las firmas autorizadas.

Los resultados de este informe son validos solo para la(s) muestra(s) analizadas, en el estado recibido y se refieren al momento y condiciones en que se realizo el ensayo.

Este informe no podra ser reproducido sin el permiso previo por escrito de MASCOLAB S.A.S, excepto cuando el informe se reproduce en su totalidad.

MASCOLAB S.A.S es responsable de la información reportada en este informe, exeptuando a la suministrada por el cliente. MASCOLAB S.A.S no se responzabiliza de los perjuicios que pueda ocacionar el uso inadecuado de los resultados de ensayo aqui declarados, ni de una incorrecta interpretación de los mismos.

Recuerde que segun Resolucion 446 del 2018 el reporte de casos de enfermedades zoonoticas debe realizarse a traves de la plataforma sivigila.

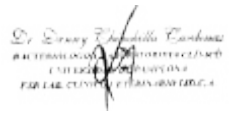
## XII. NOTA

Este Examen debe ser validado por un Médico Veterinario

Un resultado de PCR negativo no descarta la presencia del patógeno por completo, debido a que en fases crónicas de la enfermedad es necesario tomar todas las muestras recomendadas según en el recetario en línea. Ahora bien, si el patógeno se encuentra ubicado en un tejido y/o muestra no enviada a procesar, esto puede causar falsos negativos. En estos casos es necesario repetirla la prueba en dicho tejido o muestra.

En casos de realizar la PCR antes de los 20 días pos vacunación es necesario volver a realizar la PCR una vez se completen los 20 días.

Importante: En ambos escenarios, la segunda PCR no tendrá costo, solo se cargaran gastos de logística.

| XIII. AUTORIZACIÓN DEL INFORME | | |
|---|---|---|
| **Emitido por** | **Revisado por** | **Aprobado por** |
|  |  |  |
| **Danny Chinchilla** | **Mauricio Villalobos** | **Danny Chinchilla** |
| Analista | Científico de la conformidad | Director técnico |

_____ Fin del informe _____

## Informe Resultados TERRY, Numero de reporte IR-P41194

F

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Profesional solicitante:** | MARIA LABARCA | **Identificación:** | TERRY |
| **Empresa :** | CLINICA UAM | **Propietario:** | UKUMARI |
| **Dirección Empresa:** | NR | **Especie / Edad:** | CANINA / 6 AÑOS |
| **Teléfono Empresa:** | NR | **Raza / Sexo:** | PASTOR ALEMAN / MACHO |
| **Fecha de Ingreso:** | 2024-10-05 12:37 | **Fecha de Reporte:** | 2024-10-05 14:14 |

| Examen | Resultado | Unidad | Rango Sugerido |
|---|---|---|---|
| **Leptospira Acs IgG (Ictero/Canicola/Pomona/ Griphoty)** | S2 | NA | |

**Interpretación**: S0: reacción negativa a Leptodpira/ >S5 reacción positiva alta a Leptospira / S1 -2 reacción positiva baja a leptospira/ >=S3 reacción positiva a Leptospira. Un diagnostico positivo a Leptospira deberá ser interpretado por un Medico Veterinario teniendo en cuenta la historia clinica, el entorno epidemiológico, la historia de vacunación y podrá ser confirmada con otras ayudas diagnosticas ( MAT)

**Estado de la muestra:** Satisfactorio
**Metodo(s)**: Informacion Tecnica: Fabricante/Lote/FV: INMUNOCOMB// KG000083//10-ABR-2026. //**Analista**: / **Fecha de análisis:**

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

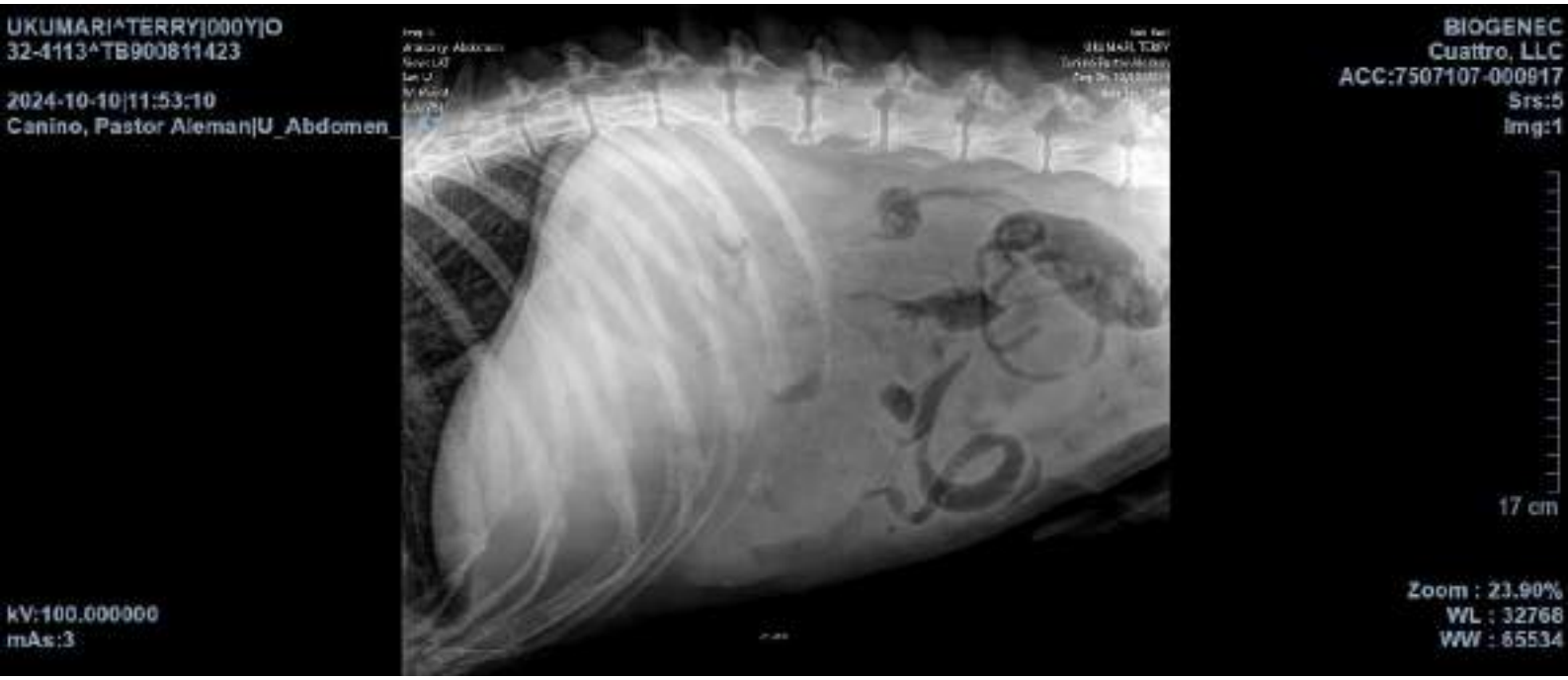
**Director Científico:** Luis Rúa Ceballos, M.V.
**Coordinador:** Josept Curiel Peña, Microbiólogo.

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

**Fin del Informe de resultados N°:IR-P41194**



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


UKUMARI^TERRY|000Y|O
32-4113^TB900811423
2024-10-10|11:53:10
Canino, Pastor Aleman|U_Abdomen_
kV:100.000000
mAs:3
BIOGENEC
Cuattro, LLC
ACC:7507107-000917
Srs:5
Img:1
17 cm
Zoom : 23.90%
WL : 32768
WW : 65534

1023

# REMISION DE EXAMENES

| | |
|---|---|
| FECHA 02/10/21 | ESPECIE Canino |
| NOMBRE PACIENTE Terry | SEXO macho |
| RAZA Pastor aleman | EDAD |
| NOMBRE TUTOR | FECHA Y HORA DE TOMA DE LA MUESTRA |
| VETERINARIO QUE SOLICITA Juan Jose | |

EXAMENES SOLICITADOS

1
2 Cuadro hematico
3
4 creatinina
5 → 0,14
6
7
8

TOMADO POR

PROCESADO POR Carolina londoño

AUTORIZADO POR Suero Ictérico

Anal. muestra

Anál. muestra | Lista trab.

ID mstra: 236 | Dueño: | Tel.: | Especie: Perro

Tiempo de análisis: 2024-10-02 15... | Nombre pac.: TERRY | Genero: Macho | Modo: WB

| Parà. | Res. | Unidad | Parà. | Res. | Unidad | Parà. | Res. | Unidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| WBC | 12.09 | 10^3/µL | RBC | L 5.15 | 10^6/µL | PLT | L 43 | 10^3/µL |
| LYM# | 1.12 | 10^3/µL | HGB | L 10.9 | g/dL | PCT | L 0.04 | % |
| MON# | 2.11 | 10^3/µL | HCT | L 30.4 | % | MPV | 10.4 | fL |
| GRA# | 8.86 | 10^3/µL | MCV | L 59.0 | fL | PDW | 15.3 | |
| LYM% | L 9.3 | % | MCH | 21.2 | pg | P_LCR | 3.8 | % |
| MON% | H 17.5 | % | MCHC | H 35.8 | g/dL | P_LCC | 2 | 10^3/µL |
| GRA% | H 73.2 | % | RDW_CV | 14.9 | % | *NLR | 7.91 | |
| *EOS# | L 0.38 | 10^3/µL | RDW_SD | L 32.4 | fL | *PLR | 38.15 | |
| *EOS% | 3.2 | % | | | | | | |

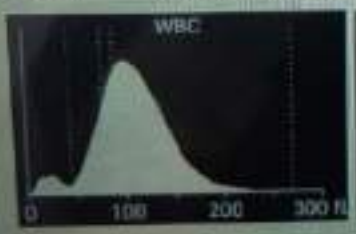
Marcad. WBC

Marcad. RBC

Anemia moderada

Marcad. PTL

Trombopenia



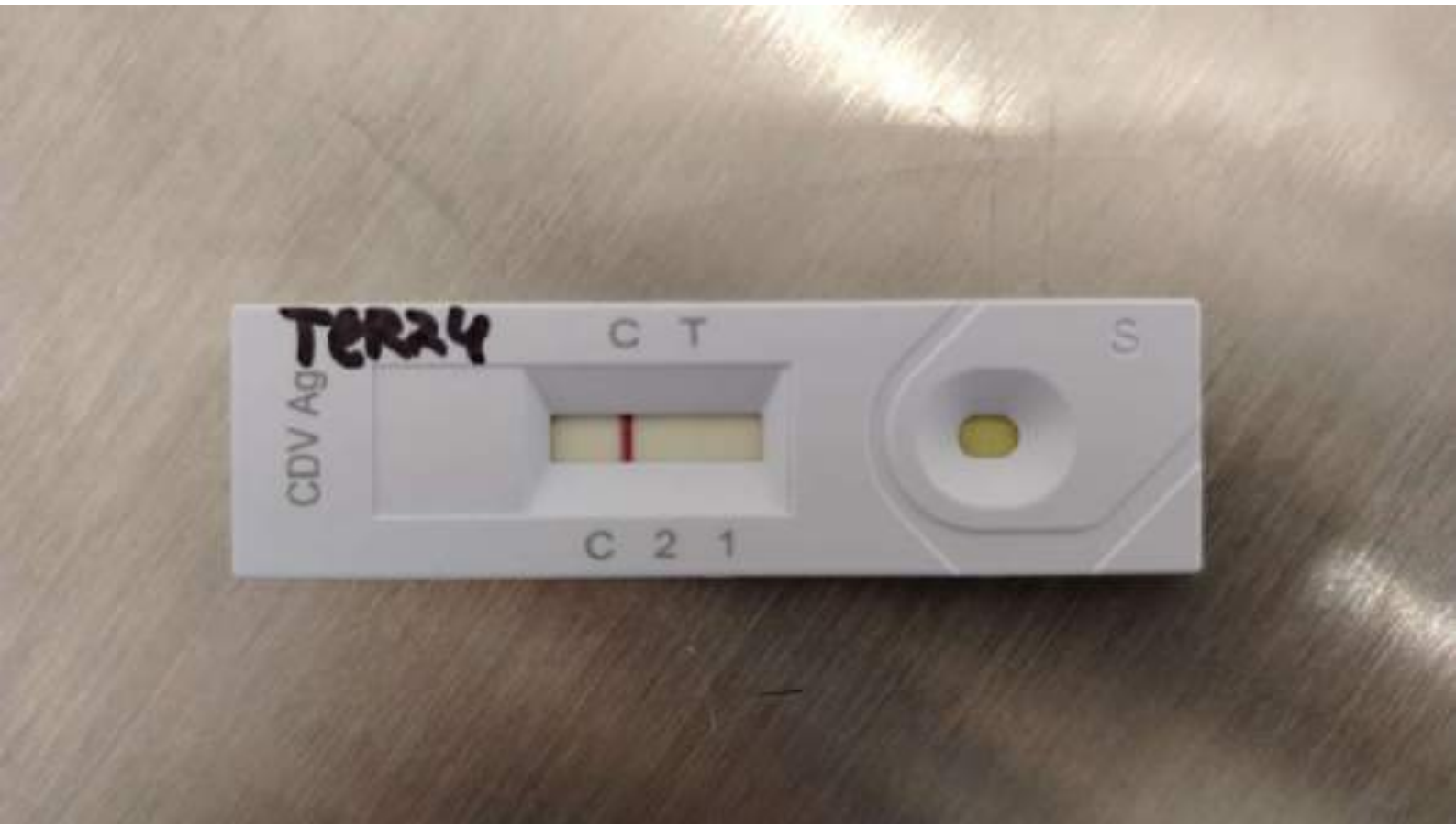


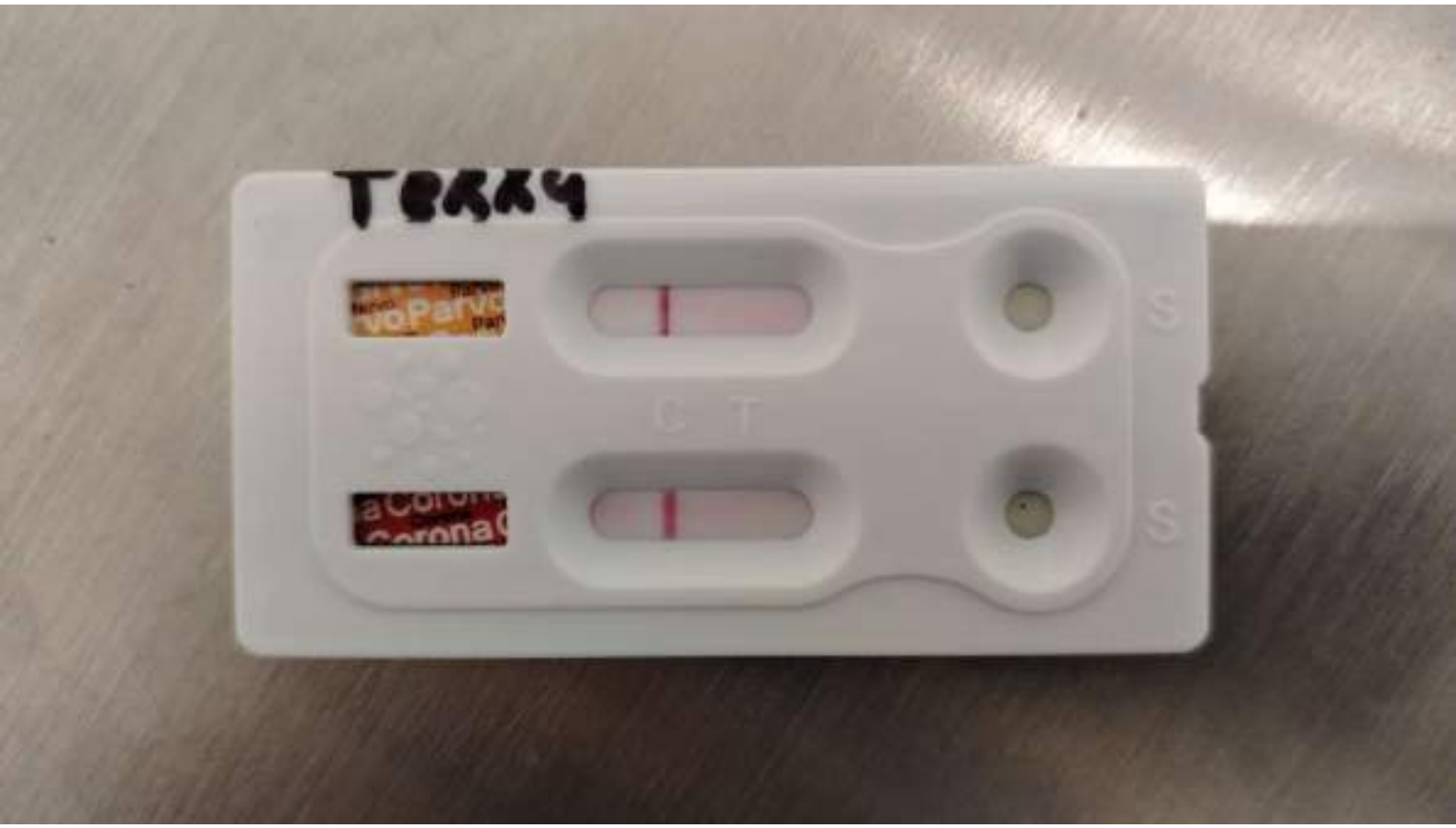





Conf. modo | Sig. mstra | Insc. control




Ter24
C T
S
CDV Ag
C 2 1


Terry
C T
S
S

**Hospital Público Veterinario**
1130608873 carrera 10 #42-95, Pereira
3226658403 - coordinacionhvet@pereira.gov.co

Remisión
**No. 42798**

## Datos de propietario

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre:** | JULIAN MAURICIO GORDILLO | **Identificación:** | 12127426 |
| **Teléfono:** | 3203698448 | **Email:** | SOPORTEPEREIRA64@GMAIL.COM |
| **Especie:** | Felino | **Raza:** | Mestizo |
| **Género:** | Hembra | **Color:** | Gris atigrado |
| **Talla:** | Mediano | **E. Reproductivo:** | Esterilizado |
| **Edad:** | 2 años, 3 meses y 24 días | | |

## Remisión de DALIA

**Fecha registro:** 2024-10-08 08:28 p. m.

**Registra:** Andrea Trejos

**Fecha remisión:**
2024-10-08 08:27 p. m.

**Profesional que realiza la remisión:**
Andrea Trejos

**Centro veterinario destino:**
CLINICA TERCER NIVEL

**Procedimiento/Razón:**
SE RECOMIENDA RADIOGRAFIA DE CADERA LATERO LATERAL Y VENTRO DORSAL, CON MIEMBROS EXTENDIDOS, SE RECOMIENDA BAJO SEDACION.

**Observaciones:**
PACIENTE CON DOLOR MARCADO.

**Andrea Trejos**

# FICHA CLÍNICA

Impresa el *21/10/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

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

Propietario: BIOPARQUE UKUMARI 155-THALIA
Domicilio: KM 14 VIA PEREIRA CERRITOS POR ESTACION SANTA BARBARA
Localidad: RISARALDA
Provincia: PEREIRA
CP:
Teléfono: 606 3153848
e-mail: director.af@ukumari.co
Fecha de Alta: 09/10/2024
Última Visita: 09/10/2024

Paciente: THALIA
Especie: FELINO
Raza: MESTIZO
Sexo: HEMBRA CASTRADA
Pelaje: ATRIGRADA
Microchip:
Fecha de Nac.: 11/08/2022
Fecha de Alta: 09/10/2024
Última Visita: 09/10/2024

REGISTROS DE VACUNAS / DESPARASITACIONES

* * HISTORIA CLÍNICA

****** Fecha: 09/10/2024 04:57:51 PM -- Atendido Por: AUXILIAR VETERINARIO Orlando lema
Paciente ingresa remitida del hpv para radigrafias de cadera traida por el señor
Julian Mauricio Bordillo
cc 1212746 de Neiva huila
Recidente en la call 26 n 7-54
tel 3203698448
El cual manifesta que la paciente fue atropellada por un vehiculo el dia lunes, se arrastra no come solo toma agua apenas orino el día de hoy no la he visto hacer popo.

*** Fecha: 09/10/2024 05:45:46 PM HEMOGRAMA
*** Fecha: 09/10/2024 05:46:01 PM PREVENTIVE CARE PROFILE PLUS

* * * MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

FECHA: 09/10/2024 TITULO: HEMOGRAMA
ver archivos adjuntos

FECHA: 09/10/2024 TITULO: PREVENTIVE CARE PROFILE PLUS
ver archivos adjuntos

# CTA. CTE.

*10/11/2024*

## CLINICA VETERINARIA VISION DE LAS AMERICAS

CARRERA 13 # 9-67 AVENIDA CIRCUNVALAR

Tel.: (606) 320 03 03 EXT 6010

INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS 890985417-3

Señor/a: BIOPARQUE UKUMARI 155-THALIA

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

Localidad: RISARALDA

| Fecha | Descripción | Cantidad | Ventas | Pagos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| 09/10/2024 | CONSULTA UAM DIURNA - Unit. $0 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 0 | 0 | 0 |
| 09/10/2024 | *ROTOR CUIDADO PRENTIVO ALB,ALP,ALT,AST,BUN,CA,CL-,CRE,GLOB*,GLU,K+,NA+, TBIL,TC - Unit. $95000 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 95000 | 0 | 95000 |
| 09/10/2024 | UAM HEMOGRAMA AUTOMATIZADO - Unit. $24300 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 24300 | 0 | 119300 |
| 09/10/2024 | ESTUDIO RADIOGRAFICO SIMPLE (3 PLACAS) - Unit. $79500 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 79500 | 0 | 198800 |
| 09/10/2024 | SEDACION PROCEDIMIENTO - Unit. $40000 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 40000 | 0 | 238800 |
| 09/10/2024 | *19 JERINGA 2/3 ML X 1 UND - Unit. $500 - ORLANDO LEMA | 2.00 | 1000 | 0 | 239800 |
| 09/10/2024 | *PROPOFOL INY 1% DOSIS X ML - Unit. $7800 - ANGELICA VELEZ | 2.00 | 15600 | 0 | 255400 |
| 09/10/2024 | *CATETER INTRAVENOSO 22 AZUL - Unit. $3600 - ANGELICA VELEZ | 1.00 | 3600 | 0 | 259000 |
| 09/10/2024 | *19 TAPON HEPARINIZADO UND - Unit. $550 - ANGELICA VELEZ | 1.00 | 550 | 0 | 259550 |
| 09/10/2024 | TOMA DE MUESTRA - Unit. $5000 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 5000 | 0 | 264550 |
| 09/10/2024 | *DEXMEDETOMIDINA INY X ML - Unit. $9400 - ORLANDO LEMA | 0.50 | 4700 | 0 | 269250 |
| 09/10/2024 | *TRAMADOL 50MG/ML AMPLL - Unit. $2800 - ORLANDO LEMA | 1.00 | 2800 | 0 | 272050 |

Moneda: $

**SALDO:** 272050

15a.

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

**Fecha:** 09/10/24 **Remitido por:** Andres Tyes

**Especie / Raza:** Canino / samoyedo **Nombre:** Dante

**Diagnóstico presuntivo:** leptospirosis

**Quién traslada nombre / Cédula:**

Se remite muestra de paciente CANINO que estuvo en contacto con Teriy para descartar leptospira.

Se remite para Rotor vidado Preventivo y SNAP leptospira

**Firma de Profesional Veterinario**

**Nombres y Apellidos**
**MP:**

MP 27655

**Firma del encargado**

**Nombres y Apellidos**
**CC:**

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

## REGISTRO DE ATENCION AMBULATORIA PARA PACIENTES REMITIDOS POR EL HOSPITAL PUBLICO VETERINARIO DEL MUNICIPIO DE PEREIRA

Yo, Juliana Mauricio G, identificado con cedula de ciudadanía número 1212742610 de Pereira certifico que Bella identificado/a con historia clínica número 3000, he recibido atención médica por parte de la clínica veterinaria visión de la Américas, comprendo que el proceso medico aún no ha terminado y me comprometo a seguir con controles médicos y realizar exámenes según necesidad para lograr su recuperación completa.

Certifico que el/la paciente recibió durante su atención los siguientes servicios y productos:
radiografia de cadera, bajo sedacion, hemograma y rotor cuidado preventivo

y yo no he tenido que incurrir en ningún pago para la prestación de los mismos.

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

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

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el 09 de Oct de 2024

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

**Propietario/acudiente:**
CC: 1212742610
TEL: 3203698448

**Médico Veterinario:**
Visión de las Américas
M.P: 47241

**Autoriza el servicio Hospital público veterinario**
Nombre:
CC:
Cargo:

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

zoetis

**Thalia** ID del paciente: 3000

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 8/11/2022
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Desconocido
Raza: Mestizo
Doctor: Desconocido/a

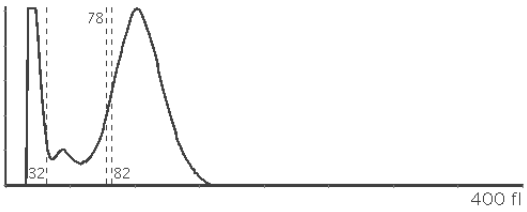
# Hematología

Fecha: 9/10/2024 05:43 PM  N° de serie del analizador: 360017749

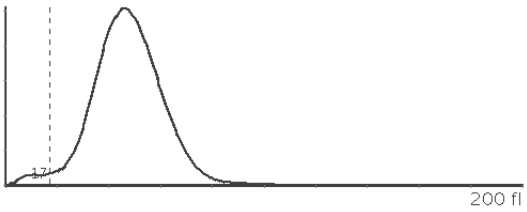
| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **LEU** Leucocitos/Glóbulos blancos | 9.22 10^3/µl | | 3.5 | 20.7 |
| **LIN** Linfocito | 1.52 10^3/µl | | 0.83 | 9.1 |
| **MON** Monocito | 0.54 10^3/µl | | 0.09 | 1.21 |
| **NEU** Neutrófilo | 7.08 10^3/µl | | 1.63 | 13.37 |
| **EOS** Eosinófilo | 0.08 10^3/µl | | 0.02 | 0.49 |
| **BAS** Basófilo | 0.00 10^3/µl | | 0.0 | 0.2 |
| **LIN%** Linfocito (%) | 16.5 % | | | |
| **MON%** Monocito (%) | 5.8 % | | | |
| **NEU%** Neutrófilo (%) | 76.8 % | | | |
| **EOS%** Eosinófilo (%) | 0.9 % | | | |
| **BAS%** Basófilo (%) | 0.0 % | | | |
| **ERI** Eritrocitos/Glóbulos rojos | 7.03 10^6/µl | BAJO | 7.7 | 12.8 |

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **Hb** Hemoglobina | 8.9 g/dl | BAJO | 10.0 | 17.0 |
| **Hto** Hematocrito | 29.62 % | BAJO | 33.7 | 55.4 |
| **VCM** Volumen corpuscular medio | 42 fl | | 35.0 | 52.0 |
| **HCM** Hemoglobina corpuscular media | 12.7 pg | | 10.0 | 16.9 |
| **CHCM** Concentración de HCM | 30.2 g/dl | | 27.0 | 35.0 |
| **RDWc** Ancho de distribución de eritrocitos, coef. de variación | 27.2 % | ALTO | 18.3 | 24.1 |
| **RDWs** Ancho de distribución de eritrocitos, desviación estándar | 37.5 fl | | | |
| **PLT** Plaquetas | 182 10^3/µl | | 125.0 | 618.0 |
| **VPM** Volumen plaquetario medio | 10.0 fl | | 8.6 | 14.9 |
| **PCT** Plaquetocrito | 0.18 % | | | |
| **PDWc** Ancho de distribución de plaquetas, coef. de variación | 35.2 % | | | |
| **PDWs** Ancho de distribución de plaquetas, desviación estándar | 14.1 fl | | | |

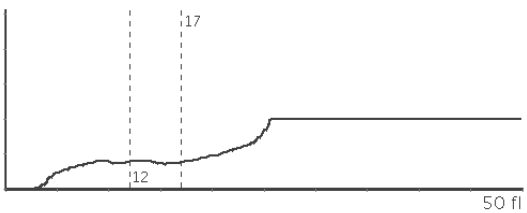
## Histograma: LEU



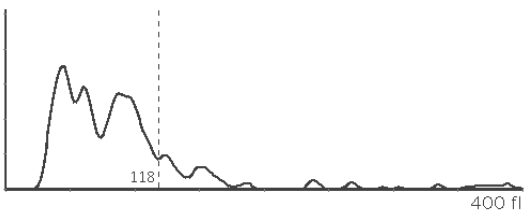

## Histograma: ERI




## Histograma: PLT




## Histograma: EOS



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

zoetis

**Thalia**

ID del paciente: 3000

Especie: Gato
Fecha de nacimiento: 8/11/2022
Dueño: Bioparque ukumari, Convenio

Sexo: Desconocido
Raza: Mestizo
Doctor: Desconocido/a

# Preventive Care Profile Plus

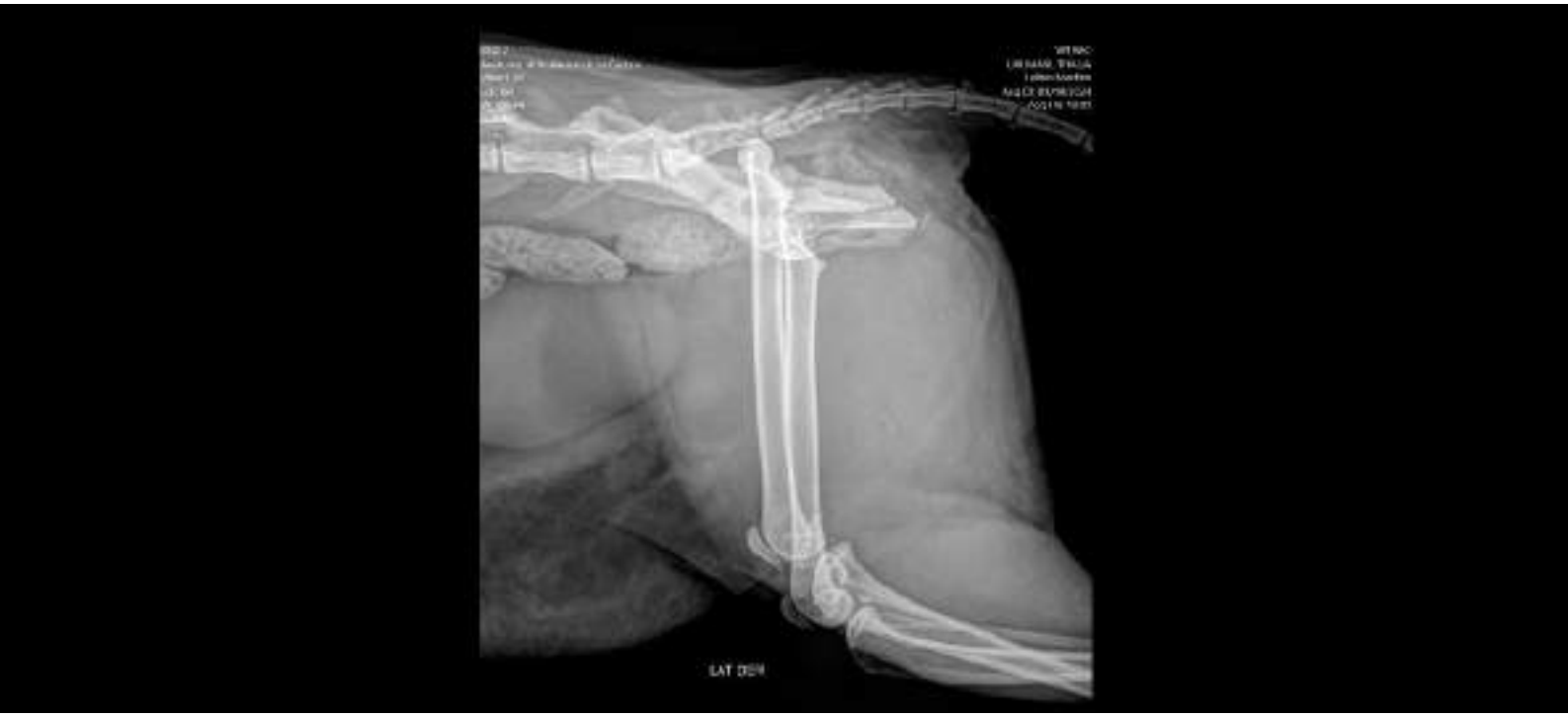
Fecha: 9/10/2024 05:30 PM  N° de serie del analizador: 0000V20583  Lote: 4223AB4

| | RESULTADO | BAJO | NORMAL | ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **BUN**<br>Nitrógeno ureico en sangre | 11<br>mg/dL | | 10.0 – 30.0 | |
| **CRE**<br>Creatinina | 0.7<br>mg/dL | | 0.3 – 2.1 | |
| **ALT**<br>Alanina aminotransferasa | 124 *<br>U/L | | | ALTO 20.0 – 100.0 |
| **ALP**<br>Fosfatasa alcalina | 13<br>U/L | | 10.0 – 90.0 | |
| **AST**<br>Aspartato aminotransferasa | 218 *<br>U/L | | | ALTO 12.0 – 43.0 |
| **TBIL**<br>Bilirrubina total | 0.7 *<br>mg/dL | | | ALTO 0.1 – 0.6 |
| **GLU**<br>Glucosa | 208 *<br>mg/dL | | | ALTO 70.0 – 150.0 |
| **CA**<br>Calcio | 8.0 *<br>mg/dL | BAJO 8.0 | 11.8 | |
| **TP**<br>Proteinas totales | 6.5<br>g/dL | | 5.4 – 8.2 | |
| **ALB**<br>Albúmina | 2.6<br>g/dL | | 2.2 – 4.4 | |
| **GLOB**<br>Globulina | 3.9<br>g/dL | | 1.5 – 5.7 | |
| **NA+**<br>Sodio | 146<br>mmol/L | | 142.0 – 164.0 | |
| **K+**<br>Potasio | 4.8<br>mmol/L | | 3.7 – 5.8 | |
| **CL-**<br>Cloruros | 118<br>mmol/L | | 99.0 – 122.0 | |
| **tCO2**<br>Dióxido de carbono total | 21<br>mmol/L | | 15.0 – 24.0 | |

Hemólisis
0

Lipemia
0

Ictericia
0




L

