

Pero

104
206

1

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS	

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: PRINCESA **ESPECIE:** ☒ Canino ☐ Felino **GÉNERO:** ☐ Macho ☒ Hembra

Yo DANIELA AREVALO, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1029643078 de la ciudad de Aguazul, radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: PRINCESA Raza: Amorillo
Color: Amorillo

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes pre-quirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Daniela Arevalo

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día	Mes	Año	Historia Clínica N°	MUNICIPIO
	23	NOV	24	104	Aguazul

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	DANIELA AREVALO		IDENTIFICACIÓN:	1029645078	
DIRECCIÓN:	Cra 15 # 18-32		ESTRATO SOCIAL:	2	
LABOR/PROFESIÓN	Estudiante		TELÉFONO:	311 4895212	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	PRINCESA		ESPECIE:	CANINO	
COLOR:	Amarillo		GÉNERO:	Hembra	
PESO:			DESPARASITACIÓN	SI	NO
CELO	SI	NO	N/A	FECHA:	
				T: 37	FC: 40
				FR: 30	TLIC: 22

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	X
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO X
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO X
	CUAL?		CUAL?		

TEMPERAMENTO:	Docil	Nervioso	Agresivo	ACTITUD	Alerta	Deprimido
		X			X	

ALOJAMIENTO	Casa: X	Finca:	Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1	2	3	4	5
						X			

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N X A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N X A
Conjuntival:	N X A	3. OÍDOS:	N X A	8. NERVIOSO:	N X A
Oral:	N X A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N X A	9. CARDIOVASCULAR:	N X A
Vulvar/ Preputial:	N X A	5. PIEL Y ANEXOS:	N X A	10. RESPIRATORIO:	N X A
Rectal:	N X A	6. LOCOMOTOR:	N X A	11. DIGESTIVO:	N X A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Plasma	2 %	0.2	1/9	1 vez	15 min
Prestam	5 %	2	1/9	1 vez	3-8 min
Propofol	1 %	3	1/9	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T. P:

Alejandro Hdz

33526

GATO

105
107
3

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: CARBON ESPECIE: ☐ Canino ☒ Felino GÉNERO: ☒ Macho ☐ Hembra

Yo Claribel Martinez identificad(a) con cédula de ciudadanía N° 1116543222 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro gato de Nombre: CARBON Raza: Color: NEGRO

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Claribel Martinez

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

105
208
4

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes NOV	Año 24	Historia Clínica N° 105	MUNICIPIO Aguazul
--------	------------------	-------------------	------------------	-----------------------------------	-----------------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Claribel Marquez	IDENTIFICACIÓN:	1165413221		
DIRECCIÓN:	Cm 2 # 23 95	ESTRATO SOCIAL:	7		
LABOR/PROFESIÓN	Psicóloga	TELÉFONO:	310299136		

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	CAPPON	ESPECIE:	Felino	RAZA:	Cholla
COLOR:	NEGRU	GÉNERO:	Macho	EDAD:	2 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 90 FR: 32 TLIC: 12		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐
--------------	---	---------	---

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL: 1 2 3 4 5
-------------	---	--------------------------------------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N PA	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N PA
Conjuntival:	N PA	3. OÍDOS:	N PA	8. NERVIOSO:	N PA
Oral:	N PA	4. NODOS LINFÁTICOS:	N PA	9. CARDIOVASCULAR:	N PA
Vulvar/ Preputial:	N PA	5. PIEL Y ANEXOS:	N PA	10. RESPIRATORIO:	N PA
Rectal:	N PA	6. LOCOMOTOR:	N PA	11. DIGESTIVO:	N PA

PARACLÍNICOS	
NO: ☐	SI: ☐ Cuales: ☐

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Alcaldía	2 y	0.5	1 y	1 vez	15 min
ketofen	5 y	6	1 y	1 vez	3-8 min
propofol	1 y	6	1 y	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T.P:

Alejandro Holguin
33526

106
2009
5



FORMATO No 1



HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

Fecha:	Día 23	Mes NOV	Año 2009	Historia Clínica N° 106	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	------------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	NORA CARRERO		IDENTIFICACIÓN:	23.970.052	
DIRECCIÓN:	C/ 25 A 12-43		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN:	CONTADOR		TELÉFONO:	3138460540	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Piano		ESPECIE:	Felino	
COLOR:	Anarillo		GÉNERO:	Macho	
PESO:			DESPARASITACIÓN	SI	NO
CELO	SI	NO	N/A	FECHA:	
				T°:	38
				FC:	60
				FR:	30
				TLLC:	21

HISTORIA DEL PACIENTE

ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		

TEMPERAMENTO:	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐
---------------	---	---------	---

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:		7. MUSCULOESQUELÉTICO:	
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	NO: ☐ SI: ☐ Cuales: <input type="text"/>
--------------	--

OBSERVACIONES:

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA: ☐	ORQUIECTOMÍA: ☐
---------------------------	---	--

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Glaxona	2.5%	0.5	1.5	1 vez	15 min
ketanar	5.0%	0.5	1.5	1 vez	3-5 min
propofol	1.0%	0.5	1.5	1-2 veces	3-5 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T.P.:

Alejandro Holguin
3356

GATU 106
210
6

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: FRONDO ESPECIE: ☐ Canino ☒ Felino GÉNERO: ☒ Macho ☐ Hembra

Yo NOHORA CARPERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 73770052 de la ciudad de AGUIZUL radicado en el municipio de AGUIZUL, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro gato de Nombre: FRONDO Raza: Criolla Color: Amarillo

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

X Nohora Carpero

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holgun

Pero

107
211
7

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	<u>IPIS</u>	ESPECIE:	☒ Canino ☐ Felino	GÉNERO:	☐ Macho ☒ Hembra
------------------	-------------	-----------------	--	----------------	---

Yo ELOOANIKER, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 900 858399 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: IPIS Raza: chullo Color: amarillo.

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 22 del mes 11 del año 24.

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

[Firma]

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

197
212
8

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 107	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	FLORENTIN		IDENTIFICACIÓN:	900 858 399	
DIRECCIÓN:	MORCA COLEO		ESTRATO SOCIAL:		
LABOR/PROFESIÓN			TELÉFONO:	313 418 9462	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	IRIS	ESPECIE:	Gato	RAZA:	agouti
COLOR:	Amarillo	GÉNERO:	hembra	EDAD:	2 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI ☒ NO ☐	PARTOS:	SI ☒ NO ☐ N/A
CELO	SI ☒ NO ☐ N/A	FECHA:	T°: _____ FC: _____ FR: _____ TLLC: _____		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI ☐ NO ☐		RABIA	SI ☒ NO ☐
	OTRA	SI ☐ NO ☐		OTRA	SI ☐ NO ☐
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☐ Finca: ☒ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A ☐	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N ☒ A ☐
Conjuntival:	N ☒ A ☐	3. OÍDOS:	N ☒ A ☐	8. NERVIOSO:	N ☒ A ☐
Oral:	N ☒ A ☐	4. NODOS LINFÁTICOS:	N ☒ A ☐	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A ☐
Vulvar/Preputial:	N ☒ A ☐	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A ☐	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A ☐
Rectal:	N ☒ A ☐	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A ☐	11. DIGESTIVO:	N ☒ A ☐

NO: _____	SI: _____	Cuales: _____
-----------	-----------	---------------

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albendazol	24%	0.8	117	1 vez	15 min
Metamizol	5%	8	1V	1 vez	3-8 min
Propofol	1-1	6	1V	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T. P:

Alejandro Holgun
33526

Pero 108 213 9

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: AMBIA **ESPECIE:** ☒ Canino ☐ Felino **GÉNERO:** ☒ Macho ☐ Hembra

Yo Fundación ESCARPA, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 900858399 de la ciudad de Medellín, radicada en el municipio de Medellín, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: AMBIA Raza: Mezcla

Color: Blanco

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

V. [Firma]

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

dog
214
70

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 108	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Fun ECGARTAS	IDENTIFICACIÓN:	NIT: 900858399		
DIRECCIÓN:	Albergue Municipal	ESTRATO SOCIAL:			
LABOR/PROFESIÓN		TELÉFONO:	33 4184462		

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Ambras	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Crolla
COLOR:	Cafe	GÉNERO:	macho	EDAD:	3 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 90 FR: 30 TLLC: 62		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI NO		NO	SI NO
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil Nervioso X Agresivo		ACTITUD	Alerta Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: X Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	-----------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OIDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xibiana	2 y.	0.8	IV	1-2	15 mn
Ketamen	5 y.	8	IV	1-2	3-5 mn
popa	1 y.	6	IV	1-2	3-5 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T. P.

Atejandro Holguin

33526

Pero 109 215 11

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Crispi ESPECIE: Canino ☒ Canino ☐ Felino GÉNERO: ☐ Macho ☒ Hembra

Yo ECOGORIKI identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 90055399 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro X gato de de Nombre: Crispi Raza: Canino

Color: Barro

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médico veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 22 del mes 11 del año 24.

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

ECOGORIKI

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Hidalgo

109
216
72

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 109	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	ECAGARRICKS	IDENTIFICACIÓN:	960858399
DIRECCIÓN:	mancha (lebo)	ESTRATO SOCIAL:	
LABOR/PROFESIÓN		TELÉFONO:	3134189462

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	CRISP	ESPECIE:	canche	RAZA:	grillo
COLOR:	forado	GÉNERO:	hembra	EDAD:	2 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: FC: FR: TLLC:		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI X NO		RABIA	SI X NO
	OTRA	SI X NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO:	Casa: ☐ Finca: ☒ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 ☒ 3 4 5
--------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N ☒ A
Conjuntival:	N ☒ A	3. OIDOS:	N ☒ A	8. NERVIOSO:	N ☒ A
Oral:	N ☒ A	4. NODOS LINFATICOS:	N ☒ A	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A
Vulvar/ Preputial:	N ☒ A	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A
Rectal:	N ☒ A	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A	11. DIGESTIVO:	N ☒ A

NO:	SI:	Cuales:
-----	-----	---------

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMIA:	ORQUIECTOMIA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
ketoprofeno	250	0.5	15	1 vez	15 min
ketoprofeno	500	0	15	1 vez	3-5 min
propofol	1-2	5	15	1-2 veces	3-5 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin
 NOMBRE: 33526
 T.P:



CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:

Parda

ESPECIE:

Canino

Felino

Macho

Hembra

GÉNERO:

☒

Yo ECOGRIITA identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 900858394 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro gato de Nombre: Parda Raza: sirolo Color: parda

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2014

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

[Firma]

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

110
218
14

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes Nov	Año 24	Historia Clínica N° 110	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	------------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	FUN ECOGARTAS		IDENTIFICACIÓN:	900 858 399	
DIRECCIÓN:	DIR 365 MUNI.		ESTRATO SOCIAL:		
LABOR/PROFESIÓN			TELÉFONO:	313 418 94 62	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Pardo		ESPECIE:	Hemorro	
COLOR:	Pardo		GÉNERO:	Hemorro	
PESO:			DESPARASITACIÓN	SI NO	
CELO	SI NO N/A		FECHA:	T: FC: FR: TLIC:	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		

TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐
--------------	---	---------	---

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Prepucial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albena	2 y	0.8	1/1	1 vez	15 min
ketamina	5 y	8	1/1	1 vez	2-8 min
propofol	1 y	6	1/1	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin
 NOMBRE: 33526
 T.P:



CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: TOMMY ESPECIE: Canino Felino GÉNERO: Macho Hembra

Yo CLARIBEL MARTINEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1116543227 de la ciudad de AGUAZUL radicado en el municipio de AGUAZUL en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro gato de Nombre: CLARIBEL MARTINEZ Raza: PERRO Color: ASPEADO

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o soltice para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 21

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

CLARIBEL MARTINEZ

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

77
220
76

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día	Mes	Año	Historia Clínica N°	MUNICIPIO
	23	11	24		AGUAZUL

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	CLARIBEL MARTINEZ		IDENTIFICACIÓN:	1116543222	
DIRECCIÓN:	K 2 # 23-55		ESTRATO SOCIAL:	2	
LABOR/PROFESIÓN	PSICOLOGA		TELÉFONO:	3142799136	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	TOMMY	ESPECIE:	FELINO	RAZA:	CRULLO
COLOR:	GRISADO	GÉNERO:	MACHO	EDAD:	2 AÑOS
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO X N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 92 FR: 30 TLIC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	X
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO X
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☐ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☐ Finca: ☒ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 ☒ 4 5
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N ☒ A
Conjuntival:	N ☒ A	3. OÍDOS:	N ☒ A	8. NERVIOSO:	N ☒ A
Oral:	N ☒ A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N ☒ A	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A
Vulvar/ Preputial:	N ☒ A	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A
Rectal:	N ☒ A	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A	11. DIGESTIVO:	N ☒ A
PARACLÍNICOS					
NO:	SI:	Cuales:			
OBSERVACIONES:					

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2 y.	0.8	IV	1 vez	15 min
Ketamina	3 y.	6	IV	1 vez	3-5 min
propofol	1 y.	5	IV	1-2 veces	2-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin

NOMBRE: 33576

T. P.:

6710

112
221
77

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 112	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	FUN ABEREJO	IDENTIFICACIÓN:	900 858 399		
DIRECCIÓN:	C-6 BARRA 2	ESTRATO SOCIAL:			
LABOR/PROFESIÓN		TELÉFONO:	313 418 99 62		

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Tom	ESPECIE:	Felino	RAZA:	Grillo
COLOR:	Blanco (ambos)	GÉNERO:	macho	EDAD:	4 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T: 35 FC: 90 FR: 30 TLIC: 22	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	X
	RABIA	SI NO		RABIA	SI X NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil X Nervioso Agresivo		ACTITUD	Alerta X Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: X Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 X 3 4 5
-------------	-----------------------------	---------------------	-------------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N X A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N X A
Conjuntival:	N X A	3. OÍDOS:	N X A	8. NERVIOSO:	N X A
Oral:	N X A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N X A	9. CARDIOVASCULAR:	N X A
Vulvar/ Preputial:	N X A	5. PIEL Y ANEXOS:	N X A	10. RESPIRATORIO:	N X A
Rectal:	N X A	6. LOCOMOTOR:	N X A	11. DIGESTIVO:	N X A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2 %	0.8	1/2	1 vez	15 min
Ibuprofeno	5 %	2	1/2	1 vez	3-8 m
Propranolol	1 %	6	1/2	1-2 veces	3-8 m

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

Alejandro Holguin

NOMBRE:

T. P:

33320

GATO TOM

112

222
18

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: TOM. ESPECIE: Canino Felino GÉNERO: Macho Hembra

Yo EUGENIA, identificada(a) con cédula de ciudadanía N° 900854399 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro gato de Nombre: TOM. Raza: Gato
Color: blanco arenoso

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 22 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Eugenia

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

GATO

113 223 79

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: WPE ESPECIE: Canino Felino GÉNERO: Macho Hembra

Yo Eloberito, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 900680399 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro gato de Nombre: WPE Raza: Crolo Color: Blanca manchado

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 22 del mes 11 del año 2024.

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Eloberito

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

#102
43
224
70

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 113	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	FON ENCARNITA S.		IDENTIFICACIÓN:	400 858 399	
DIRECCIÓN:	ADELGO MEX. CPA		ESTRATO SOCIAL:		
LABOR/PROFESIÓN			TELÉFONO:	313 418 9462	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Lupe		ESPECIE:	Perro	
COLOR:			GÉNERO:	Hembra	
PESO:			DESPARASITACIÓN	SI	NO
CELO	SI	NO	N/A	FECHA:	
			T°:	38.5	FC: 90
			FR:	30	TLC: 22

HISTORIA DEL PACIENTE						
ESTADO DE VACUNACIÓN						
VACUNACIÓN	PERRO			VACUNACIÓN	GATO	
	NO				NO	SI
	RABIA	SI	NO		RABIA	SI
	OTRA	SI	NO		OTRA	SI
	CUAL?				CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☐ Deprimido ☐
--------------	---	---------	--

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5 ☐
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N ☒ A
Conjuntival:	N ☒ A	3. OIDOS:	N ☒ A	8. NERVIOSO:	N ☒ A
Oral:	N ☒ A	4. NODOS LINFATICOS:	N ☒ A	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A
Vulvar/ Preputial:	N ☒ A	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A
Rectal:	N ☒ A	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A	11. DIGESTIVO:	N ☒ A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMIA:	ORQUIECTOMIA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilaxina	2 %	0.2	IV	1 vez	15 min
Ketamina	5 %	2	IV	1 vez	3-8 min
Papaver	1 %	5	IV	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

Alejandro Holguin

NOMBRE:

T. P:

33526

225
H49.
21

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Parda 2 **ESPECIE:** Canino **Felino** 7 **GÉNERO:** Macho ☒ Hembra

Yo Progarita, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 00085839 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro gato de Nombre: Parda 2 Raza: Orchid

Color: parda

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médico veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o soltice para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 22 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO: [Firma]

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Alejandro Holguin

226
H9
22

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N°	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	---------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	En ESCALONAS	IDENTIFICACIÓN:	920 858 399
DIRECCIÓN:	Albergo	ESTRATO SOCIAL:	
LABOR/PROFESIÓN		TELÉFONO:	310 418 94 62

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Pardo 2	ESPECIE:	Perro	RAZA:	Grande
COLOR:	Pardo	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	4 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 90 FR: 30 TLIC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	X
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		

TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐
--------------	---	---------	---

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 ☒ 3 4 5
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N ☒ A
Conjuntival:	N ☒ A	3. OÍDOS:	N ☒ A	8. NERVIOSO:	N ☒ A
Oral:	N ☒ A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N ☒ A	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A
Vulvar/ Preputial:	N ☒ A	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A
Rectal:	N ☒ A	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A	11. DIGESTIVO:	N ☒ A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albendazol	2.5%	0.8	IV	1 vez	15 mn
Restorpan	5.0%	8	IV	1 vez	2-8 mn
Pipato	1.0%	5	IV	1-2 vez	2-8 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T.P.

Alejandro Holguin

33526

277
AS
23

DRA CO

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Amarillo ESPECIE: Canino Felino GÉNERO: Macho Hembra

Yo Eduardo, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 900 858379, de la ciudad de Medellín, radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro gato de Nombre: Amarillo Raza: Criollo Color: amarillo.

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros).

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Eduardo

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Hilgón

228
115
24

	FORMATO No 1			
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS			

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 115	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	ECCEBARTES	IDENTIFICACIÓN:	900858392.
DIRECCIÓN:	MARGA CDEO	ESTRATO SOCIAL:	
LABOR/PROFESIÓN		TELÉFONO:	313 418 9462

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Amarillo	ESPECIE:	PERRO	RAZA:	CRABO
COLOR:	AMARILLO	GÉNERO:	MACHO	EDAD:	5 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T: 38 FC: 90 FR: 30 TLLC: 22	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	X
	RABIA	SI NO		RABIA	SI X NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil Nervioso X Agresivo	ACTITUD	Alerta 6 Deprimido
--------------	---------------------------	---------	--------------------

ALOJAMIENTO	Casa: X Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 X 3 4 5
-------------	-----------------------------	---------------------	-------------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N X A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N X A
Conjuntival:	N X A	3. OÍDOS:	N X A	8. NERVIOSO:	N X A
Oral:	N X A	4. NODOS LINFATICOS:	N X A	9. CARDIOVASCULAR:	N X A
Vulvar/ Preputial:	N X A	5. PIEL Y ANEXOS:	N X A	10. RESPIRATORIO:	N X A
Rectal:	N X A	6. LOCOMOTOR:	N X A	11. DIGESTIVO:	N X A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilaxia	2 %	0.7	IM	1 vez	15 mn
Ketamina	5 %	7	IV	1 vez	3-8 mn
Propofol	1 %	8	IV	1-2 veces	3-8 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T. P:

Alejandro Holgan
33576

HG 229
75

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 116	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	ECIOGARRITA		IDENTIFICACIÓN:	900858599	
DIRECCIÓN:	MANA DE COLO		ESTRATO SOCIAL:		
LABOR/PROFESIÓN			TELÉFONO:	313 418 94 62	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Pomero		ESPECIE:	F-CIRO	
COLOR:	blanco		GÉNERO:	MC-CHU	
PESO:			DESPARASITACIÓN	SI NO	
CELO	SI NO N/A		FECHA:	T: FC: FR: TLIC:	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐
--------------	---	---------	---

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2.5%	0.8	IM	1 vez	15 min
Ibuprofeno	5%	3	IV	1 vez	3-8 min
propofol	1%	5	IV	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T. P:

Alejandro Holguin

33526

116 230
26

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: <u>Romeo</u>	ESPECIE: <u>Canino</u>	Felino ☐	Macho ☒	Hembra ☐
Yo <u>Carlos Rojas</u> identificado(a) con cédula de ciudadanía N° <u>900858399</u> de la ciudad de <u>Aguazul</u> radicado en el municipio de <u>Aguazul</u> en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro <u>gato</u> de Nombre: <u>Romeo</u> Raza: <u>Criollo</u> Color: <u>blanco</u>				

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 22 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

[Firma]

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día	Mes	Año	Historia Clínica N°	MUNICIPIO
	23	11	24	117	Aguazul

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	SUA		IDENTIFICACIÓN:	19558220	
DIRECCIÓN:	Calle 2a 14/08		ESTRATO SOCIAL:		
LABOR/PROFESIÓN	Independiente		TELÉFONO:	3212022175	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	SUA	ESPECIE:	Felina	RAZA:	Siguel
COLOR:	gris	GÉNERO:	hembra	EDAD:	6 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: FC: FR: TLLC:		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		

TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo	ACTITUD	Alerta Deprimido
--------------	-------------------------	---------	------------------

ALOJAMIENTO	Casa: Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:		7. MUSCULOESQUELETICO:	
Conjuntival:	N/A	3. OIDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Salicilato	2.5%	0.7	1/2	1 vez	15 min
ketamin	5.0%	2	1/2	1 vez	3-5 min
propofol	1.0%	0	1/2	1-2 veces	3-5 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Diego Holguin
 NOMBRE: Diego Holguin
 T. P: 33526

GATO HA 232 70
mjo

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: SUTA ESPECIE: Canino Felino GÉNERO: Macho Hembra ☒ ☒

Yo Monilo Gadey identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 6588790 de la ciudad de Sofía radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro gato y de Nombre: SUTA Raza: Siames

Color: gris

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solícite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 12 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Monilo Gadey

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2024	Historia Clínica N° 118	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	DORA MARRONE		IDENTIFICACIÓN:	40360341	
DIRECCIÓN:	ISLA TURPALLISTA		ESTRATO SOCIAL:		
LABOR/PROFESIÓN	Amaz. de casa		TELÉFONO:	3105916296	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Laja	ESPECIE:	Perro Gm.	RAZA:	Cru. Hv
COLOR:	negro	GÉNERO:	macho	EDAD:	8 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 35 FC: 90 FR: 30 TLLC: 12		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil Nervioso ☒ Agresivo		ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Prepucial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS		
NO:	SI:	Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
ibuprofeno	2 %	0.8	1/4	1 vez	15 mn
ketoprofeno	5 %	8	1/4	1 vez	3-8 mn
propofol	1 %	6	1/4	1-2 veces	3-8 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

Alejandro Holguin

NOMBRE:

T. P:

33526



FORMATO

CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS



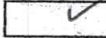
CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:

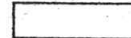
laca

ESPECIE:

Canino



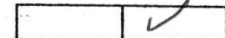
Felino



GÉNERO:

Macho

Hembra



Yo DOña M. P. N. E. L., identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 40360391 de la ciudad de Pto. Pando radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: laca Raza: negro
Color: negro

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Pintado ESPECIE: Canino Felino GÉNERO: Macho Hembra
Yo MARTIN GUDAY identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 10980220 de la ciudad de Sagunto radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO
RESPONSABLE del perro gato de Nombre: Pintado Raza: Croci
Color: Negro

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 21 del mes 4 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Martin Guday

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

236
14.32

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día: <u>22</u>	Mes: <u>11</u>	Año: <u>2014</u>	Historia Clínica N°: <u>119</u>	MUNICIPIO: <u>Aguazul</u>
--------	----------------	----------------	------------------	---------------------------------	---------------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	<u>Marlene Bocan</u>	IDENTIFICACIÓN:	<u>1057582290</u>		
DIRECCIÓN:	<u>calle la 14/8</u>	ESTRATO SOCIAL:	<u>2</u>		
LABOR/PROFESIÓN:	<u>Independiente</u>	TELÉFONO:	<u>321702425</u>		

RESERVA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	<u>Pitaca</u>	ESPECIE:	<u>Felina</u>		
COLOR:	<u>Negro/blanco</u>	GÉNERO:	<u>Henos</u>		
PESO:		DESPARASITACIÓN:	SI ☐ NO ☐	PARTOS: SI ☐ NO ☐ N/A ☐	
CELO:	SI ☐ NO ☐ N/A ☐	FECHA:	T°: <u>38</u>	FC: <u>90</u>	FR: <u>30</u> TLC: <u>27</u>

HISTORIA DEL PACIENTE						
ESTADO DE VACUNACIÓN						
VACUNACIÓN	PERRO			VACUNACIÓN	GATO	
	NO				NO	
	RABIA	SI ☐ NO ☐	RABIA		SI ☒ NO ☐	
	OTRA	SI ☐ NO ☐	OTRA		SI ☐ NO ☐	
	CUAL?				CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒	Deprimido ☐
--------------	---	---------	--	------------------------------------

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
-------------	---	---------------------	--

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	<u>N/A</u>	7. MUSCULOESQUELETICO:	<u>N/A</u>
Conjuntival:	<u>N/A</u>	3. OIDOS:	<u>N/A</u>	8. NERVIOSO:	<u>N/A</u>
Oral:	<u>N/A</u>	4. NODOS LINFATICOS:	<u>N/A</u>	9. CARDIOVASCULAR:	<u>N/A</u>
Vulvar/ Prepucial:	<u>N/A</u>	5. PIEL Y ANEXOS:	<u>N/A</u>	10. RESPIRATORIO:	<u>N/A</u>
Rectal:	<u>N/A</u>	6. LOCOMOTOR:	<u>N/A</u>	11. DIGESTIVO:	<u>N/A</u>

PARACLÍNICOS	
NO: ☐	SI: ☐ Cuales: <input type="text"/>

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
<u>Xilacina</u>	<u>2 %</u>	<u>0.8</u>	<u>IM</u>	<u>1 vez</u>	<u>15 min</u>
<u>Petamina</u>	<u>5 %</u>	<u>8</u>	<u>IV</u>	<u>1 vez</u>	<u>3-8 min</u>
<u>propofol</u>	<u>1 %</u>	<u>5</u>	<u>IV</u>	<u>1-2 veces</u>	<u>3-8 min</u>

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alfredo Holguin
 NOMBRE: 33526
 T.P: 33526

170
237
33

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día <u>23</u>	Mes <u>11</u>	Año <u>2024</u>	Historia Clínica N° <u>120</u>	MUNICIPIO
--------	------------------	------------------	--------------------	-----------------------------------	-----------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	MARTINE GELON	IDENTIFICACIÓN:	199542290
DIRECCIÓN:	calle 7a 14-06	ESTRATO SOCIAL:	2
LABOR/PROFESIÓN	Independiente	TELÉFONO:	3212022178

RESERVA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	GRIFF	ESPECIE:	Pelo	RAZA:	Cruella
COLOR:	Gris	GÉNERO:	hembra	EDAD:	2 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 92 FR: 30 TLC: 21		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI NO		NO	SI NO
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO		Docil Nervioso X Agresivo		ACTITUD	
				Alerta 2 Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: X Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:
		1 2 3 X 4 5

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N X A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N X A
Conjuntival:	N X A	3. OÍDOS:	N X A	8. NERVIOSO:	N X A
Oral:	N X A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N X A	9. CARDIOVASCULAR:	N X A
Vulvar/ Preputial:	N X A	5. PIEL Y ANEXOS:	N X A	10. RESPIRATORIO:	N X A
Rectal:	N X A	6. LOCOMOTOR:	N X A	11. DIGESTIVO:	N X A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albucina	2-1	0.8	IM	1 vez	15 mn
Ictenman	5-1	8	IV	1 vez	3-8 mn
Propofol	1-1	5	IV	1-2 veces	3-8 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T. P:

Alejandro Holguin
33426



FORMATO

CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: GRU ESPECIE: Canino Felino GÉNERO: Macho Hembra
Yo Alfonso Gadea identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 14587220 de la ciudad de Sogamoso radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO
RESPONSABLE del perro gato de Nombre: Gru Raza: Siames
Color: gris

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 22 del mes 4 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:



FORMATO

CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Ganeta ESPECIE: Canino Felino GÉNERO: Macho Hembra

Yo Montano Eddy identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 108700794 de la ciudad de Sagua radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro gato p de Nombre: Ganeta Raza: Siamés Color: ca

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 22 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

**Alcaldía de
Aguazul**

FORMATO No 1

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

Fecha:	Día <u>23</u>	Mes <u>11</u>	Año <u>2014</u>	Historia Clínica N° <u>121</u>	MUNICIPIO <u>Aguazul</u>
--------	------------------	------------------	--------------------	-----------------------------------	-----------------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Hector G. G. G.	IDENTIFICACIÓN:	1657102290		
DIRECCIÓN:	Calle Ja 14 108	ESTRATO SOCIAL:	2		
LABOR/PROFESIÓN	Indagador	TELÉFONO:	3212022178		

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Gonale	ESPECIE:	Perro	RAZA:	Siemens
COLOR:	Grigio	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	6 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI ☒ NO ☐	PARTOS:	SI ☐ NO ☒ N/A ☐
CELO	SI ☐ NO ☒ N/A ☐	FECHA:	T°: <u>38</u> FC: <u>90</u> FR: <u>30</u> TLLC: <u>22</u>		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	☒
	RABIA	SI ☐ NO ☐		RABIA	SI ☐ NO ☒
	OTRA	SI ☐ NO ☐		OTRA	SI ☐ NO ☐
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO		Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐		ACTITUD	
				Alerta ☒ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5 ☐
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A ☐	7. MUSCULOESQUELETICO:	N ☒ A ☐
Conjuntival:	N ☒ A ☐	3. OÍDOS:	N ☒ A ☐	8. NERVIOSO:	N ☒ A ☐
Oral:	N ☒ A ☐	4. NODOS LINFATICOS:	N ☒ A ☐	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A ☐
Vulvar/ Preputial:	N ☒ A ☐	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A ☐	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A ☐
Rectal:	N ☒ A ☐	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A ☐	11. DIGESTIVO:	N ☒ A ☐

PARACLÍNICOS	
NO: _____	SI: _____ Cuales: _____

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2 %	0.8	IM	1 vez	15 min
Felzamen	5 %	8	IV	1 vez	3-8 min
propyl	1 %	5	IV	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T. P:

Alejandro Holgan
33526

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS	

122
247
33

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Chono ESPECIE: Canino GÉNERO: Macho ☒ Hembra ☐

Yo Claudia Rincón identificad(a) con cédula de ciudadanía N° 33646414 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☐ gato ☒ de Nombre: Chono Raza: Capo Color: Capo

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 21

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Claudia Rincón
33646414 Agz

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

118
122
242
38

	FORMATO No 1		
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 122	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Claudia Pina		IDENTIFICACIÓN:	33 646 414	
DIRECCIÓN:	C/ 23 A-4 10-42		ESTRATO SOCIAL:		
LABOR/PROFESIÓN	Am. de car		TELÉFONO:	302 846 0596	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Café	ESPECIE:	Perro Canino	RAZA:	Canino
COLOR:	Café	GÉNERO:	Humano	EDAD:	8 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T: 38.5 FC: 90 FR: 30 TLLC: 21	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	☒		NO	☐
	RABIA	SI ☒ NO ☐		RABIA	SI ☐ NO ☐
	OTRA	SI ☐ NO ☐		OTRA	SI ☐ NO ☐
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☐ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
-------------	---	---------------------	--

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Prepucial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Klaxina	100 mg/ml	0.5	IM	1 vez	15 min
Ketamina	50 mg/ml	5	IV	1 vez	3-5 min
Propofol	100 mg/ml	5	IV	1-2 veces	3-5 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T. P.:

Alejandro Holguin
33586

+23
243
39

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: DAILA ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino GÉNERO: ☐ Macho ☒ Hembra

Yo FUN ECOGAPPA, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 900858399 de la ciudad de Aguazul, radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: Daila Raza: Eno Ita Color: Blanco

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solícite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

[Firma]

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

23
244
40

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día: 23	Mes: 11	Año: 24	Historia Clínica N°: 123	MUNICIPIO: Aguazul
--------	---------	---------	---------	--------------------------	--------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	ECUAGARRAS	IDENTIFICACIÓN:	900 858 319		
DIRECCIÓN:	Asso Municipal	ESTRATO SOCIAL:			
LABOR/PROFESIÓN:		TELÉFONO:	313 418 91 62		

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Malu	ESPECIE:	Canine	RAZA:	Cholla
COLOR:	Mancha	GÉNERO:	hembra	EDAD:	2 años
PESO:		DESPARASITACIÓN:	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO:	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 40 FR: 30 TLLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI NO		NO	SI NO
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo		ACTITUD	Alerta Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Vitaminas	25% 0/0	0.8	IM	1 vez	15 mn
Ketoprofeno	50% 0/0	8	IV	1 vez	30 mn
propofol	1% 0/0	5	IV	3-5 veces	3-5 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin
NOMBRE: Alejandro Holguin
T.P: 33526

124
245
41

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día	Mes	Año	Historia Clínica N°	MUNICIPIO
	23	11	29	124	Aguay

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	ORLANDO RAMIREZ	IDENTIFICACIÓN:	79754136
DIRECCIÓN:	Cra 5 A 10-12	ESTRATO SOCIAL:	
LABOR/PROFESIÓN	COMERCiante	TELÉFONO:	3118181065

RESEÑA DEL PACIENTE							
NOMBRE:	MARTINA	ESPECIE:	Felino	RAZA:	Prolla		
COLOR:	AMARILLO	GÉNERO:	Plumón	EDAD:	6 meses		
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A		
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 90 FR: 30 TLCC: 22				

HISTORIA DEL PACIENTE

ESTADO DE VACUNACIÓN					
PERRO			GATO		
VACUNACIÓN	NO	_____	VACUNACIÓN	NO	_____
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐
--------------	---	---------	---

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS					

EXAMEN CLINICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N <u>BA</u>	7. MUSCULOESQUELETICO:	N <u>BA</u>
Conjuntival:	N <u>BA</u>	3. OIDOS:	N <u>BA</u>	8. NERVIOSO:	N <u>BA</u>
Oral:	N <u>BA</u>	4. NODOS LINFATICOS:	N <u>BA</u>	9. CARDIOVASCULAR:	N <u>BA</u>
Vulvar/ Prepuclal:	N <u>BA</u>	5. PIEL Y ANEXOS:	N <u>BA</u>	10. RESPIRATORIO:	N <u>BA</u>
Rectal:	N <u>BA</u>	6. LOCOMOTOR:	N <u>BA</u>	11. DIGESTIVO:	N <u>BA</u>

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

		OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:		ORQUIECTOMÍA:	
---------------------------	----------------------	--	---------------	--

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xanax	2 %	0.5	1.7	1 vez	1.5 min
Ketamine	5 %	5	1.7	1 vez	3-8 min
propofol	1 %	5	1.7	1-2 veces	2-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T.P.:

Alejandro Holguin

3352b

124
246
42

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	<u>MARTINA</u>	ESPECIE:	<table><tr><td>Canino</td><td>☐</td></tr><tr><td>Felino</td><td>☒</td></tr></table>	Canino	☐	Felino	☒	GÉNERO:	<table><tr><td>Macho</td><td>☐</td></tr><tr><td>Hembra</td><td>☒</td></tr></table>	Macho	☐	Hembra	☒
Canino	☐												
Felino	☒												
Macho	☐												
Hembra	☒												

Yo Orlando Ramirez identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 74754136 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☐ gato ☒ de Nombre: Martina Raza: Amerindia Color: Amarillo

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médico veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes prequirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Orlando Ramirez

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 125	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Orlando Romero	IDENTIFICACIÓN:	4754 136
DIRECCIÓN:	Cra 5 10 - 17	ESTRATO SOCIAL:	
LABOR/PROFESIÓN	Comerciante	TELÉFONO:	31181810 65

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Corbudo	ESPECIE:	Felino	RAZA:	Criollo
COLOR:	Anaño	GÉNERO:	macho	EDAD:	6 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T°: 38	FC: 90
				FR: 30	TLLC: 22

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 ☒ 4 5
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N A
Conjuntival:	N A	3. OIDOS:	N A	8. NERVIOSO:	N A
Oral:	N A	4. NODOS LINFATICOS:	N A	9. CARDIOVASCULAR:	N A
Vulvar/ Prepucial:	N A	5. PIEL Y ANEXOS:	N A	10. RESPIRATORIO:	N A
Rectal:	N A	6. LOCOMOTOR:	N A	11. DIGESTIVO:	N A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albano	2.1%	0.8	1.7	1 vez	15 min
Ketamina	5.1%	0.8	1.7	1 vez	3-8 min
Propofol	1.1%	5	1.7	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

Alejandro Holguin

NOMBRE:

T. P:

3352 b

125
248
44

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Conrado **ESPECIE:** Canino **Felino:** ☒ **GÉNERO:** Macho ☒ Hembra

Yo Orlando Ramirez identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 74754 136 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro ☒ gato ☒ de Nombre: Conrado Raza: Crista

Color: Amarillo

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Orlando Ramirez

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

126
249
45

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 126	MUNICIPIO Aguazul
--------	------------------	------------------	------------------	-----------------------------------	-----------------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Alba CUCHO	IDENTIFICACIÓN:	1006362518		
DIRECCIÓN:	Cll 20 # 11 A 19	ESTRATO SOCIAL:	1		
LABOR/PROFESIÓN:	Amo de casa	TELÉFONO:	3167919224		

RESERVA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Blanca	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Cesosa
COLOR:	Amarrillo	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	4 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	1, SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T°: 38 FC: 90 FR: 30 TLIC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	☒		NO	☐
	RABIA	SI ☒ NO ☐		RABIA	SI ☐ NO ☐
	OTRA	SI ☐ NO ☐		OTRA	SI ☐ NO ☐
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO		Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐		ACTITUD	
				Alerta ☐ Deprimido ☐	
ALOJAMIENTO		Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐		CONDICIÓN CORPORAL: 1 2 3 4 5	

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N BA	7. MUSCULOESQUELETICO:	N BA
Conjuntival:	N VA	3. OIDOS:	N BA	8. NERVIOSO:	N BA
Oral:	N BA	4. NODOS LINFATICOS:	N BA	9. CARDIOVASCULAR:	N BA
Vulvar/ Preputial:	N BA	5. PIEL Y ANEXOS:	N BA	10. RESPIRATORIO:	N BA
Rectal:	N VA	6. LOCOMOTOR:	N BA	11. DIGESTIVO:	N BA

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albendazol	250 mg	0.5	IV	1 vez	15 min
Potassium	500 mg	5	IV	1 vez	3-8 mn
Propofol	1%	5	IV	1-2 veces	3-8 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin
 NOMBRE: _____
 T. P: 33526

126
250
46

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Blanca ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino GÉNERO: ☐ Macho ☒ Hembra

Yo Alba Curcho, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1006562518 de la ciudad de Pat de Arriba radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: Blanca Raza: Amarillo Color: Amarillo

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médico veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solícite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Alba Curcho
1006562518

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

127
251-
97

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día <u>23</u>	Mes <u>11</u>	Año <u>2020</u>	Historia Clínica N° <u>127</u>	MUNICIPIO <u>Aguazul</u>
--------	------------------	------------------	--------------------	-----------------------------------	-----------------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Ruber MARTINEZ	IDENTIFICACIÓN:	74751690
DIRECCIÓN:	Tan 36 Km 0 + 845.	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN		TELÉFONO:	315534 8346.

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	LUCY	ESPECIE:	CANINO.	RAZA:	Cholla
COLOR:	NEGR0	GÉNERO:	HEMBR4	EDAD:	9 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO X N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 90 FR: 30 TLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	<u>X</u>		NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil Nervioso <u>X</u> Agresivo		ACTITUD	Alerta Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: <u>X</u> Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	------------------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N <u>X</u> A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N <u>HA</u>
Conjuntival:	N <u>HA</u>	3. OIDOS:	N <u>HA</u>	8. NERVIOSO:	N <u>HA</u>
Oral:	N <u>HA</u>	4. NODOS LINFATICOS:	N <u>HA</u>	9. CARDIOVASCULAR:	N <u>HA</u>
Vulvar/ Prepucial:	N <u>HA</u>	5. PIEL Y ANEXOS:	N <u>HA</u>	10. RESPIRATORIO:	N <u>HA</u>
Rectal:	N <u>HA</u>	6. LOCOMOTOR:	N <u>HA</u>	11. DIGESTIVO:	N <u>HA</u>

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2 %	0.9	IM	1 vez	15 mn
Ketamina	5 %	6.	IV	1-2 veces	3-8 mn
propofol	1 %	5	IV	1-2 veces	3-8 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T. P:

Preyondio Holgen
33526

127
252
48

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: luc ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino GÉNERO: ☐ Macho ☒ Hembra

Yo Ruben Martinez identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 7451690 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: luc Raza: Negra

Color: Negra

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024.

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Ruben Martinez

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

Dero
 128
 253
 49

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Klara **ESPECIE:** Canino **Felino** **GÉNERO:** Macho Hembra
 Yo Angela millan identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 116555869 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO
RESPONSABLE del perro y gato de Nombre: Klara Raza: Crofto
 Color: NEGRO

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafilático, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solícite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24.

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Angela Millan

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

128
254
50

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2024	Historia Clínica N° 128	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Karla Luján	IDENTIFICACIÓN:	1116 555 869	DIRECCIÓN:	Calle # 12-23
				ESTRATO SOCIAL:	2
LABOR/PROFESIÓN	Amadora de casa	TELÉFONO:	3125242346		

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Klara	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Crotto
COLOR:	NEGRO	GÉNERO:	HEMERA	EDAD:	1 1/2 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO:	SI NO X N/A	FECHA:	T°: 38	FC: 90	FR: 30
				TLC: 28	

HISTORIA DEL PACIENTE						
ESTADO DE VACUNACIÓN						
VACUNACIÓN	PERRO			VACUNACIÓN	GATO	
	NO				NO	
	RABIA	SI NO	RABIA		SI NO	
	OTRA	SI NO	OTRA		SI NO	
	CUAL?				CUAL?	
TEMPERAMENTO		Docil Nervioso X Agresivo		ACTITUD		
				Alerta Deprimido		

ALOJAMIENTO:	Casa: X Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:
		1 2 3 X 4 5

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N X A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N X A
Conjuntival:	N X A	3. OÍDOS:	N X A	8. NERVIOSO:	N X A
Oral:	N X A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N X A	9. CARDIOVASCULAR:	N X A
Vulvar/Preputial:	N X A	5. PIEL Y ANEXOS:	N X A	10. RESPIRATORIO:	N X A
Rectal:	N X A	6. LOCOMOTOR:	N X A	11. DIGESTIVO:	N X A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2 y.	0.8	IM	1 vez	15 mn
Ketoprofeno	5 y.	8	IV	1 vez	3-8 mn
Preparat	1 y.	5	IV	1-2 veces	3-8 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin
 NOMBRE: _____
 T.P.: 33526

129
255
57

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día <u>23</u>	Mes <u>11</u>	Año <u>24</u>	Historia Clínica N° <u>129</u>	MUNICIPIO <u>Aguazul</u>
--------	------------------	------------------	------------------	-----------------------------------	-----------------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Octavio VARELA	IDENTIFICACIÓN:	9510504
DIRECCIÓN:	CH B # 12-15	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN		TELÉFONO:	3 132542576

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	CHUL	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Chihuahua
COLOR:	negro	GÉNERO:	hembra	EDAD:	4 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 37 FC: 90 FR: 30 TLLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE							
ESTADO DE VACUNACIÓN							
VACUNACIÓN	PERRO			VACUNACIÓN	GATO		
	NO	<u>X</u>			NO		
	RABIA	SI NO			RABIA	SI NO	
	OTRA	SI NO			OTRA	SI NO	
	CUAL?			CUAL?			
TEMPERAMENTO		Docil <u>X</u> Nervioso <u>X</u> Agresivo		ACTITUD		Alerta Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: <u>X</u> Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL: 1 2 3 4 5
-------------	------------------------------------	-------------------------------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N <u>BA</u>	7. MUSCULOESQUELETICO:	N <u>BA</u>
Conjuntival:	N <u>BA</u>	3. OIDOS:	N <u>BA</u>	8. NERVIOSO:	N <u>BA</u>
Oral:	N <u>BA</u>	4. NODOS LINFATICOS:	N <u>BA</u>	9. CARDIOVASCULAR:	N <u>BA</u>
Vulvar/ Preputial:	N <u>BA</u>	5. PIEL Y ANEXOS:	N <u>BA</u>	10. RESPIRATORIO:	N <u>BA</u>
Rectal:	N <u>BA</u>	6. LOCOMOTOR:	N <u>BA</u>	11. DIGESTIVO:	N <u>BA</u>

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2 %	0.7	IM	1 vez	15 min
Petamina	5 %	2	IV	1 vez	3-8 min
propofol	1 %	4	IV	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Pregrado Holguin
 NOMBRE: _____
 T.P: 33526

129
256
52

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: CHILU **ESPECIE:** Canino Y **Felino:** **GÉNERO:** Y **Macho** **Hembra**

Yo Octavio VARGAS identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 9510504 de la ciudad de Sabanosa radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro X gato de Nombre: CHILU Raza:

Color: NEGR

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solícite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Maria Gordillo R.
C.C 1006442216

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

130
257
53

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2021	Historia Clínica N° 130	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Dorlen y Jhonny		IDENTIFICACIÓN:	51801679	
DIRECCIÓN:	Calle 16 A # 11-89		ESTRATO SOCIAL:	2	
LABOR/PROFESIÓN	Independiente		TELÉFONO:	3004189297.	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Toby		ESPECIE:	Perro	
COLOR:	amarillo/blanco		GÉNERO:	macho	
PESO:			DESPARASITACIÓN	SI ☒ NO ☐	
CELO	SI ☐ NO ☒ N/A ☐		FECHA:		
			T°:	38	FC: 90 FR: 30 TLIC: 22

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	☒		NO	☐
	RABIA	SI ☒ NO ☐		RABIA	SI ☐ NO ☐
	OTRA	SI ☐ NO ☐		OTRA	SI ☐ NO ☐
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☐ Deprimido ☐
--------------	---	---------	--

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5 ☐
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A ☐	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N ☒ A ☐
Conjuntival:	N ☒ A ☐	3. OÍDOS:	N ☒ A ☐	8. NERVIOSO:	N ☒ A ☐
Oral:	N ☒ A ☐	4. NODOS LINFÁTICOS:	N ☒ A ☐	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A ☐
Vulvar/ Preputial:	N ☒ A ☐	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A ☐	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A ☐
Rectal:	N ☒ A ☐	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A ☐	11. DIGESTIVO:	N ☒ A ☐

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: ☐ Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2 %	0.8	IV	1 vez	15 min
Ketamina	5 %	8	IV	1 vez	3-8 min
Propofol	1 %	5	IV	1-2 vez	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T. P:

Alejandro Holgón
33526

PERU 130
259
54

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Toby ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino GÉNERO: ☒ Macho ☐ Hembra

Yo Marlen Jimenez identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 51301629 de la ciudad de Bogotá radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato de Nombre: Toby Raza: Cocker
Color: Amarillo u Beige

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médico veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24:

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Marlen Jimenez

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

GATO

BT
250
55

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Blanca **ESPECIE:** Canino **Felino** ☒ **GÉNERO:** Macho ☒ Hembra

Yo Romualdo Araya, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 13513069 de la ciudad de Aguazul, radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro gato de Nombre: Blanca Raza: Blanca Color: Blanca

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Romualdo Araya

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

25994366 / Alejandro Holguin

131
260
56

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO No 1		
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 131	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Romualdo Amata	IDENTIFICACIÓN:	13515 069
DIRECCIÓN:	Buenos Aires	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN	Trabajador	TELÉFONO:	310 354 0400

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Blanca	ESPECIE:	Felina	RAZA:	Groth
COLOR:	Blanca	GÉNERO:	Femella	EDAD:	6 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO NA
CELO	SI NO NA	FECHA:	T: 38 FC: 40 FR: 30 TLLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	X
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil Nervioso X Agresivo		ACTITUD	Alerta X Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: X Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 X 4 5
-------------	-----------------------------	---------------------	-------------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N X A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N X A
Conjuntival:	N X A	3. OIDOS:	N X A	8. NERVIOSO:	N X A
Oral:	N X A	4. NODOS LINFATICOS:	N X A	9. CARDIOVASCULAR:	N X A
Vulvar/ Preputial:	N X A	5. PIEL Y ANEXOS:	N X A	10. RESPIRATORIO:	N X A
Rectal:	N X A	6. LOCOMOTOR:	N X A	11. DIGESTIVO:	N X A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albana	2 %	0.5	IM	1 vez	15 min
Ketam	5 %	8	IV	1 vez	3-8 min
Propofol	1 %	5	IV	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T. P:

Alejandro Holguin
33526

GAG 0 132. 261 57

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Pintado ESPECIE: Canino X Felino GÉNERO: Macho Hembra

Yo Germán Ramalho Araújo identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 13515069 de la ciudad de Satador radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro gato X de Nombre: Pintado Raza: Catito Color: 3 colores

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o soltice para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

V. Germán Ramalho Araújo

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

25994366 / Alejandro Holgu

132
262
58

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día	Mes	Año	Historia Clínica N°	MUNICIPIO
	23	V	24	132	Aguazul

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Peregrino Araya	IDENTIFICACIÓN:	13515069.
DIRECCIÓN:	Tienda San Pedro	ESTRATO SOCIAL:	2
LABOR/PROFESIÓN	Independiente	TELÉFONO:	3103348400

RESERVA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Pródiga	ESPECIE:	Felina	RAZA:	Crato
COLOR:	Pinto	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	1 año
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 39 FC: 90 FR: 30 TLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	X
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil Nervioso X Agresivo		ACTITUD	Alerta X Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: X Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 X 4 5
-------------	-----------------------------	---------------------	-------------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N BA	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N BA
Conjuntival:	N BA	3. OÍDOS:	N BA	8. NERVIOSO:	N BA
Oral:	N BA	4. NODOS LINFÁTICOS:	N BA	9. CARDIOVASCULAR:	N BA
Vulvar/Prepucial:	N BA	5. PIEL Y ANEXOS:	N BA	10. RESPIRATORIO:	N BA
Rectal:	N BA	6. LOCOMOTOR:	N BA	11. DIGESTIVO:	N BA

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIO-HISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	-----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Valproina	2 %	0.3	IM	1 vez	15 min
Ketamina	5 %	2	IV	1 vez	3-8 min
Propofol	1 %	5	IV	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T. P:

Peregrino Holguin
33426

133
263
59

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: NEGRA ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino GÉNERO: ☐ Macho ☒ Hembra

Yo Emilia Peret identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 40 490 986 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato de Nombre: Negra Raza: Color:

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Emilia Peret

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

133
264
60

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO No 1		
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2024	Historia Clínica N° 133	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Ormaiztegui Pérez	IDENTIFICACIÓN:	40440.936
DIRECCIÓN:	Calle 1 de Sevilla	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN	Amo de casa	TÉLEFONO:	319 450 8291

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	NEGRA	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Canino
COLOR:	negro	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	5 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 92 FR: 30 TLLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI NO		NO	SI NO
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☐ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilgana	2%	0.3	IM	1 vez	15 min
Ketamina	5%	2	IV	1 vez	3-8 min
propofol	1%	5	IV	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin
 NOMBRE: _____
 T. P: 33526

134
265
67

REP

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: OTAS. ESPECIE: Canino Felino GÉNERO: Macho Hembra

Yo Omaira Perez identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 40.440.956 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: OTAS Raza: Color:

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médico veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Omaira Perez

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

RPPA 134
266
62

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2011	Historia Clínica N° 134	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	MAYRA PEREZ		IDENTIFICACIÓN:	40.420.956	
DIRECCIÓN:	CALLE 11-1 DE JENILLA		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN			TELÉFONO:	310 450 89 41	

RESERVA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	MOTAR	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Canino
COLOR:	NEGRO	GÉNERO:	Macho	EDAD:	10 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T: 38 FC: 90 FR: 30 TLIC: 22	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	☒		NO	☐
	RABIA	SI ☒ NO ☐		RABIA	SI ☐ NO ☐
	OTRA	SI ☐ NO ☐		OTRA	SI ☐ NO ☐
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☐ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☐ Finca: ☒ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
-------------	---	---------------------	--

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A ☐	7. MUSCULOESQUELETICO:	N ☒ A ☐
Conjuntival:	N ☒ A ☐	3. OIDOS:	N ☒ A ☐	8. NERVIOSO:	N ☒ A ☐
Oral:	N ☒ A ☐	4. NODOS LINFATICOS:	N ☒ A ☐	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A ☐
Vulvar/ Preputial:	N ☒ A ☐	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A ☐	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A ☐
Rectal:	N ☒ A ☐	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A ☐	11. DIGESTIVO:	N ☒ A ☐

NO:	SI:	Cuales:
-----	-----	---------

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMIA:	ORQUIECTOMIA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2 %	0.8	IM	1 vez	
Ketoprofeno	5 %	8	IM	1 vez	
propofol	1 %	5	IM	1-2 veces	

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

Diego Holgun

NOMBRE:

33526

T. P:

Roro. 135
E67
63

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Lassie ESPECIE: Canino Y Felino GÉNERO: Macho Hembra X

Yo Elara Raposo identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 100238000 de la ciudad de Dutara radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro Y gato de Nombre: Lassie Raza: Schuter

Color: blanco

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicita para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24,

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Elara Raposo G.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alcaydo Holguin

135.
268
64

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día: 23	Mes: 1	Año: 2020	Historia Clínica N°	MUNICIPIO
--------	---------	--------	-----------	---------------------	-----------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Elia RUILOA	IDENTIFICACIÓN:	105730600.
DIRECCIÓN:	calle 23 # 194 81	ESTRATO SOCIAL:	
LABOR/PROFESIÓN	Independiente	TELÉFONO:	3212700091

RESERVA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	2 ASSIE	ESPECIE:	Canis	RAZA:	SCHAUER
COLOR:	blanco	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	7 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T°: 38 FC: 90 FR: 62 TLIC: 2	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☒ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐
--------------	--	---------	---

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 ☒ 4 5
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cusles:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2%	0.5	IV	1 vez	15 min
Ketamina	5%	5	IV	1 vez	3-8 min
propofol	1%	5	IV	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin
NOMBRE: 33526
T. P:

PIERO 136 2:69 65

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: MINI ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino GÉNERO: ☐ Macho ☒ Hembra

Yo Leidy Fracete identificad(a) con cédula de ciudadanía N° 1116041000 de la ciudad de BOGOTÁ radicado en el municipio de AGUAZUL en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: MINI Raza: GRUPO

Color: Amarillo

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidador/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO: Leidy Fracete P.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Alejandro Holguin

136
270
66

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día: 23	Mes: 11	Año: 2024	Historia Clínica N°:	MUNICIPIO: Aguazul
--------	---------	---------	-----------	----------------------	--------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Leidy Taraché	IDENTIFICACIÓN:	116 091 000		
DIRECCIÓN:	Calle 1 # 18A-13	ESTRATO SOCIAL:	2		
LABOR/PROFESIÓN:	Artesana de cerámica	TELÉFONO:	310 203 2733		

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Mimi	ESPECIE:	Gato	RAZA:	criollo
COLOR:	Amarillo	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	2 años
PESO:		DESPARASITACIÓN:	SI ☒ NO ☐	PARTOS:	SI ☐ NO ☒ N/A
CELO:	SI ☒ NO ☐ N/A	FECHA:		T°: 38	FC: 80 FR: 30 TLC: 22

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI ☒ NO ☐		RABIA	SI ☐ NO ☐
	OTRA	SI ☐ NO ☐		OTRA	SI ☐ NO ☐
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A ☐	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N ☒ A ☐
Conjuntival:	N ☒ A ☐	3. OIDOS:	N ☒ A ☐	8. NERVIOSO:	N ☒ A ☐
Oral:	N ☒ A ☐	4. NODOS LINFÁTICOS:	N ☒ A ☐	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A ☐
Vulvar/Prepucial:	N ☒ A ☐	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A ☐	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A ☐
Rectal:	N ☒ A ☐	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A ☐	11. DIGESTIVO:	N ☒ A ☐

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Dilaton	2%	0.8	1-2	1 vez	15 m
ketorolac	5%	8	1-2	1 vez	3-8 m
propofol	1%	5	1-2	1-2 veces	3-8 m

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T.P:

Alejandro Holguin

33526

Pero
133
271
67

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Titulo **ESPECIE:** Canino **Felino** **GÉNERO:** macho **Macho** **Hembra**

Yo ANGIE Zapata identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1006442545 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro X gato ✓ de Nombre: Titulo Raza: Blanco

Color: Blanco

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solícite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 22 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Angie Zapata B

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

137
272
68

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 28	Mes 11	Año 2020	Historia Clínica N°	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	---------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	ANGIE TABATA	IDENTIFICACIÓN:	1006442545
DIRECCIÓN:	CALLE 18 # 19-24	ESTRATO SOCIAL:	2
LABOR/PROFESIÓN	ESPOSANTE	TELÉFONO:	322 8797995

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	17110	ESPECIE:	CAVADO	RAZA:	FLORIDA
COLOR:	BLANCO	GÉNERO:	HEMERA	EDAD:	10 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 90 FR: 30 TLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	X		NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil X Nervioso Agresivo		ACTITUD	Alerta X Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: X Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	-----------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Algon	2 y.	0.8	17	1 vez	15 min
Algon	5 y.	8	17	1 vez	3-8 min
propofol	1 y.	5	17	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

Alejandro Holgun

NOMBRE:

T. P:

33526

138
273
69

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N°	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	---------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Pena Isabel Chaparro		IDENTIFICACIÓN:	73790 959	
DIRECCIÓN:	Vda. Araya		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN	Am. de casa		TELÉFONO:	314 2201662	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Negra	ESPECIE:	Canina	RAZA:	Cr. 1/2
COLOR:	Negra	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	7 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 90 FR: 32 TLLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI		NO	SI
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS		
NO:	SI:	Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	250 mg/ml	0.4	IV	1 vez	15 min
Fentanil	500 µg/ml	2	IV	1 vez	3-8 min
Propofol	1%	5	IV	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alfredo Holguin
 NOMBRE: 33526
 T. P:

138
274
70

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	<u>NEGRA</u>	ESPECIE:	☒ Canino	☐ Felino	GÉNERO:	☐ Macho	☒ Hembra
Yo <u>REINA ISABEL CHAPARRO</u> identificado(a) con cédula de ciudadanía N° <u>23750735</u> de la ciudad de <u>AGUIZUL</u> radicado en el municipio de <u>AGUIZUL</u> en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: <u>NEGRA</u> Raza: <u>Chihuahua</u> Color: <u>Negra</u>							

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médico veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Reina Isabel Chaparro

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holan

39
275
77

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día: 23	Mes: 11	Año: 2024	Historia Clínica N°:	MUNICIPIO: Aguazul
--------	---------	---------	-----------	----------------------	--------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	ANGIE JESUS		IDENTIFICACIÓN:	1029642107	
DIRECCIÓN:	CARRETA 3a # 6-30		ESTRATO SOCIAL:	2	
LABOR/PROFESIÓN:	OTICOS vende		TELÉFONO:	31306306577	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	COFFIO		ESPECIE:	Canine	
COLOR:	NEGRO		GÉNERO:	Hembra	
PESO:			DESPARASITACIÓN:	SI NO	
CELO:	SI NO N/A		FECHA:	T: 38 FC: 90 FR: 30 TLLC: 22	

HISTORIA DEL PACIENTE							
ESTADO DE VACUNACIÓN							
VACUNACIÓN	PERRO			VACUNACIÓN	GATO		
	NO				NO		
	RABIA	SI NO			RABIA	SI NO	
	OTRA	SI NO			OTRA	SI NO	
	CUAL?				CUAL?		

TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo	ACTITUD	Alerta	Deprimido
--------------	-------------------------	---------	--------	-----------

ALOJAMIENTO	Casa: X Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	-----------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/Prepucial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albim	2 %	0.8	1x	1 vez	15 m
Pipraz	5 %	8	1x	1 vez	3-5 m
Pipraz	1 %	6	1x	1-2 veces	3-8 m

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T. P:

Alejandro Holguin
33526

PERO
 139
 276
 72

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Coffie ESPECIE: Canino GÉNERO: Macho Y.

Yo Angie Emick identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 10269210 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro gato de Nombre: Coffie Raza: Cuido Color: Negro

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médico veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024.

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR/PROPIETARIO:

[Firma]

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

140
277
73

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 21	Historia Clínica N°	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	---------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Nidia Holano	IDENTIFICACIÓN:	24 227 190
DIRECCIÓN:	CH 8 # 2-49	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN	Amo de Casa	TELÉFONO:	3125736413 3132172874

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	NEGRO	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Grande
COLOR:	NEGRO	GÉNERO:	macho	EDAD:	2 Años 1 mes
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 40 FR: 30 TLC: 42		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI NO		NO	SI NO
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N ☒ A
Conjuntival:	N ☒ A	3. OÍDOS:	N ☒ A	8. NERVIOSO:	N ☒ A
Oral:	N ☒ A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N ☒ A	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A
Vulvar/ Preputial:	N ☒ A	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A
Rectal:	N ☒ A	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A	11. DIGESTIVO:	N ☒ A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2 %	0.8	1.5	1 vez	15 min
Fenobarbital	5 %	8	1.5	1 vez	3-8 min
propofol	1 %	6	1.5	2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T.P.:

Alejandro Holano
33526

145
278
74

	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: NEGRO ESPECIE: Canino ☒ Felino ☐ GÉNERO: Macho ☒ Hembra ☐

Yo Nidia TOLANO identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 24224196 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: NEGRO Raza: CSLON Color: NEGRO

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fué sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Nidia TOLANO

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

Perro 14/ 279
75

	FORMATO No 1		
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 1	Año 7 4	Historia Clínica N° 141	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	----------	------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Pete Cordner	IDENTIFICACIÓN:	205140810
DIRECCIÓN:	Calle 4A # 4A/12	ESTRATO SOCIAL:	2
LABOR/PROFESIÓN	Andepaciente	TELÉFONO:	3 214212983

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	ma	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Cirilo
COLOR:	GRANO	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	7 mes
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO:	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 90 FR: 30 TLLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo		ACTITUD	Alerta Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OIDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS		
NO:	SI:	Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albendazol	2.5%	0.4	15	1 vez	15 min
Ibuprofeno	5.0%	2	15	1 vez	3-8 min
Propofol	1.7	9	15	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T. P:

Alejandro Holguin
33526

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

704
280
76

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: mia
ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino
 GÉNERO: ☐ Macho ☒ Hembra

Yo Rosa, Carlos Beltrán identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 28140510 de la ciudad de Cartagena radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☐ gato ☒ de Nombre: mia Raza: Crolo Color: Blanco

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Rosa Carlos Beltrán

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguín

Rord
142
20
77

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Moltano ESPECIE: Canino X Felino: GÉNERO: Macho Hembra X

Yo Rosa Cardenas identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 28140810 de la ciudad de Combita radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro X gato de Nombre: Moltano Raza: Cnollo

Color: Uso

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiEDAD según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Rosa Cardenas

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

142
282
78

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día	Mes	Año	Historia Clínica N°	MUNICIPIO
--------	-----	-----	-----	---------------------	-----------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Rosa Cardenas	IDENTIFICACIÓN:	28140510
DIRECCIÓN:	Calle 4a # 44/22	ESTRATO SOCIAL:	2
LABOR/PROFESIÓN	Independiente	TELÉFONO:	3 212 2903

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Moltera	ESPECIE:	Perro	RAZA:	Crollo
COLOR:	Neuro	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	6 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T: 38 FC: 92 FR: 60 TLC: 27	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO		Docil Nervioso Agresivo		ACTITUD Alerta Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:		7. MUSCULOESQUELÉTICO:	
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/Prepucial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2%	0.8	iv	1 vez	15 min
Ketamina	5%	8	iv	1 vez	3-8 min
Propofol	1%	5	iv	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin
 NOMBRE: _____
 T. P: 33526



**Alcaldía de
Aguazul**

FORMATO



CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

143
 283
 79

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: <u>CAMPANA</u>	ESPECIE: <u>Canino</u>	Felino: <u> </u>	GÉNERO: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <u> </u> Macho <u>X</u> Hembra </div>
---------------------------------	-------------------------------	--------------------------	---

Yo ROSA CAROENAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 28145510 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro X gato de Nombre: CAMPANA Raza: Color: Blanca

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médico veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solícite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Rosa Caroenas

Alejandro Holguin

143
204
80

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día: 23	Mes: 11	Año: 21	Historia Clínica N°:	MUNICIPIO: <u>Aguazul</u>
--------	---------	---------	---------	----------------------	---------------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	<u>Rosa Carpenys</u>	IDENTIFICACIÓN:	<u>28140510</u>
DIRECCIÓN:	<u>C/ 4 A # 4 A - 92</u>	ESTRATO SOCIAL:	<u>2</u>
LABOR/PROFESIÓN:	<u>Indipendente</u>	TELÉFONO:	<u>321 421 2983</u>

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	<u>Campana</u>	ESPECIE:	<u>Canary</u>	RAZA:	<u>Cholla</u>
COLOR:	<u>Blanco</u>	GÉNERO:	<u>hembra</u>	EDAD:	<u>6 años</u>
PESO:		DESPARASITACIÓN:	SI ☐ NO ☐	PARTOS:	SI ☐ NO ☐ N/A ☐
CELO:	SI ☐ NO ☐ N/A ☐	FECHA:	T: <u>39</u> FC: <u>90</u> FR: <u>30</u> TLC: <u>21</u>		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	<u>X</u>		NO	<u> </u>
	RABIA	SI ☐ NO ☒		RABIA	SI ☐ NO ☐
	OTRA	SI ☐ NO ☐		OTRA	SI ☐ NO ☐
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO		Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐		ACTITUD	
				Alerta ☐ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL: <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u>
-------------	---	--

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	<u>N/A</u>	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	<u>N/A</u>
Conjuntival:	<u>N/A</u>	3. OÍDOS:	<u>N/A</u>	8. NERVIOSO:	<u>N/A</u>
Oral:	<u>N/A</u>	4. NODOS LINFÁTICOS:	<u>N/A</u>	9. CARDIOVASCULAR:	<u>N/A</u>
Vulvar/Preputial:	<u>N/A</u>	5. PIEL Y ANEXOS:	<u>N/A</u>	10. RESPIRATORIO:	<u>N/A</u>
Rectal:	<u>N/A</u>	6. LOCOMOTOR:	<u>N/A</u>	11. DIGESTIVO:	<u>N/A</u>

PARACLÍNICOS	
NO: ☐	SI: ☐ Cuales: ☐

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
<u>Xilacina</u>	<u>2 %</u>	<u>0.5</u>	<u>IM</u>	<u>1 vez</u>	<u>15 min</u>
<u>ketana</u>	<u>5 %</u>	<u>7</u>	<u>IV</u>	<u>1 vez</u>	<u>3-8 min</u>
<u>propofol</u>	<u>1 %</u>	<u>4</u>	<u>IV</u>	<u>1-2 veces</u>	<u>3-8 min</u>

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T.P:

Alejandro Holguin
33576

	FORMATO	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS	

49
25
87

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Cardel ESPECIE: Canino ☒ Felino ☐ GÉNERO: Macho ☐ Hembra ☒

Yo Rosa Cardiel identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 7814056 de la ciudad de Gembita radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: Cardel Raza: Shitzu Color: blanca

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médico veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicita para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

R. Karla Figueira

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

144
286
82

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 144	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Pera Cardona		IDENTIFICACIÓN:	20140510	
DIRECCIÓN:	Calle 4A # 44-42		ESTRATO SOCIAL:	2	
LABOR/PROFESIÓN	helfante		TELÉFONO:	321442983	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Cordy	ESPECIE:	Canino	RAZA:	SHITZU
COLOR:	SHITZU blanco	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	2 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 92 FR: 50 TLLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil Nervioso ☒ Agresivo		ACTITUD	Alerta ☒	Deprimido

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N ☒ A
Conjuntival:	N ☒ A	3. OIDOS:	N ☒ A	8. NERVIOSO:	N ☒ A
Oral:	N ☒ A	4. NODOS LINFATICOS:	N ☒ A	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A
Vulvar/ Preputial:	N ☒ A	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A
Rectal:	N ☒ A	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A	11. DIGESTIVO:	N ☒ A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xibevon	2 y.	0.8	14	1 vez	
ketorol	5 y.	8	15	1 vez	
popofal	1 y.	5	15	1-2 veces	

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holgun
 NOMBRE: 33526
 T. P:

145
 287
 83

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: <u>HITANA</u>	ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino	GÉNERO: ☐ Macho ☒ Hembra
--------------------------------	--	--

Yo ANGEL PARRA identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1096935160 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: HITANA Raza: GRIS Color: GRIS

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicita para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

x Natali PL

Alejandro Holguin

145
288
84

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 145	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	ANGI PAPA		IDENTIFICACIÓN:	1096 955 160	
DIRECCIÓN:	CALLE 12 A # 60 - 04		ESTRATO SOCIAL:	2	
LABOR/PROFESIÓN	Trabajador		TELÉFONO:	312355 4353	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	LINATA		ESPECIE:	CANINO	
COLOR:	GRIS		GÉNERO:	HEMERA	
PESO:			DESPARASITACIÓN	SI NO	
CELO	SI NO N/A		FECHA:	T: 37 FC: 90 FR: 30 TLLC: 02	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	☒		NO	☐
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☐ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N ☒ A
Conjuntival:	N ☒ A	3. OÍDOS:	N ☒ A	8. NERVIOSO:	N ☒ A
Oral:	N ☒ A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N ☒ A	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A
Vulvar/ Preputial:	N ☒ A	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A
Rectal:	N ☒ A	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A	11. DIGESTIVO:	N ☒ A

NO:	SI:	Cuales:
-----	-----	---------

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2 %	0.4	IM	1 vez	15 mn
Ketamina	5 %	2	IV	1 vez	3-8 mn
propofol	1 %	4	IV	1-2 veces	3-8 m

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T. P:

Alejandro Holgun
33526

GATO 1916
239
85

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: CON PEQUEÑO **ESPECIE:** Canino Felino **GÉNERO:** Macho Hembra

Yo IRINA REYES identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 51645097 de la ciudad de Bogotá radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro gato de Nombre: CON PEQUEÑO Raza: PERRO

Color: NEGRO

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 22 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

IRINA REYES C.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin



FORMATO No 1



HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2024	Historia Clínica N° 196	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	IRINA REYES	IDENTIFICACIÓN:	31645092
DIRECCIÓN:	CARRILLO 22 # 11-15	ESTRATO SOCIAL:	2
LABOR/PROFESIÓN:	Artesano de cerámica	TELÉFONO:	3143591944

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	PEDRO CAI	ESPECIE:	Canine	RAZA:	Porsa
COLOR:	NEGRO	GÉNERO:	macho	EDAD:	2 años
PESO:		DESPARASITACIÓN:	SI ☒ NO ☐	PARTOS:	SI ☐ NO ☒ N/A ☐
CELO:	SI ☐ NO ☒ N/A ☐	FECHA:		T: 37 FC: 90 FR: 60 TLLC: 22	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	☒		NO	☐
	RABIA	SI ☒ NO ☐		RABIA	SI ☒ NO ☐
	OTRA	SI ☐ NO ☐		OTRA	SI ☐ NO ☐
	CUAL?		CUAL?		

TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐
--------------	---	---------	---

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
-------------	---	---------------------	--

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A ☐	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N ☒ A ☐
Conjuntival:	N ☒ A ☐	3. OÍDOS:	N ☒ A ☐	8. NERVIOSO:	N ☒ A ☐
Oral:	N ☒ A ☐	4. NODOS LINFÁTICOS:	N ☒ A ☐	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A ☐
Vulvar/Preputial:	N ☒ A ☐	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A ☐	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A ☐
Rectal:	N ☒ A ☐	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A ☐	11. DIGESTIVO:	N ☒ A ☐

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Kibona	250 mg	0.8	IV	1 vez	15 m
Colistin	500 mg	8	IV	1 vez	3-8 m
Propofol	100 mg	5	IV	1-2 veces	3-8 m

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T.P.:

Alejandro Holguin

33526

Reiro 142-291 87

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Menta ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino GÉNERO: ☐ Macho ☒ Hembra

Yo Laura Godel identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 1057893836 de la ciudad de San Carlos radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: MENTA Raza: crato Color: Amarillo

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:



FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holgun



FORMATO No 1

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS



Fecha:	Día	Mes	Año	Historia Clínica N°	MUNICIPIO
	23	11	24	147	

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Laura Dña.		IDENTIFICACIÓN:	1057593030	
DIRECCIÓN:	calle 3a 14/08		ESTRATO SOCIAL:	2	
LABOR/PROFESIÓN	Independiente		TELÉFONO:	3164539213	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Mente		ESPECIE:	canine	
COLOR:	Amarillo		GÉNERO:	Hembra	
PESO:			DESPARASITACIÓN	SI ☒ NO ☐	
CELO	SI ☒ NO ☐ N/A		FECHA:		
			T°:	38.5	FC: 90
			FR:	37	TLC: 22

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	☒		NO	☐
	RABIA	SI ☒ NO ☐		RABIA	SI ☐ NO ☐
	OTRA	SI ☐ NO ☐		OTRA	SI ☐ NO ☐
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☐ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
-------------	---	---------------------	--

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A ☐	7. MUSCULOESQUELETICO:	N ☒ A ☐
Conjuntival:	N ☒ A ☐	3. OIDOS:	N ☒ A ☐	8. NERVIOSO:	N ☒ A ☐
Oral:	N ☒ A ☐	4. NODOS LINFATICOS:	N ☒ A ☐	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A ☐
Vulvar/ Prepucial:	N ☒ A ☐	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A ☐	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A ☐
Rectal:	N ☒ A ☐	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A ☐	11. DIGESTIVO:	N ☒ A ☐

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Salicilato	2 Y.	0.4	17	1 vez	15 m
Paracetamol	5 Y.	2	10	1 vez	3-8 m
Pispapil	1 Y.	2	10	1-2 veces	3-8 m

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T.P:

Alejandro Holguin

33526



FORMATO

CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:

Balauers

ESPECIE:

Canino



Felino

GÉNERO:

Macho

Hembra



Yo Laura Drost identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 109893836 de la ciudad de Sacramento radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro X gato de Nombre: Balauers Raza: Crulo Color: negro

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafilático, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

148
299
90

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N°	MUNICIPIO
--------	-----------	-----------	-----------	---------------------	-----------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Laura Dora	IDENTIFICACIÓN:	165787933026		
DIRECCIÓN:	calle 7a 1400	ESTRATO SOCIAL:	2		
LABOR/PROFESIÓN	Independiente	TELÉFONO:	3104634213		

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Balaukei	ESPECIE:	Gato	RAZA:	gato
COLOR:	gris	GÉNERO:	hembra	EDAD:	8 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO ☒	PARTOS:	SI NO ☒ N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T: 37 FC: 40 FR: 60 TLIC: 22	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	☒		NO	☐
	RABIA	SI NO ☒		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐
--------------	---	---------	---

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N ☒ A
Conjuntival:	N ☒ A	3. OÍDOS:	N ☒ A	8. NERVIOSO:	N ☒ A
Oral:	N ☒ A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N ☒ A	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A
Vulvar/ Preputial:	N ☒ A	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A
Rectal:	N ☒ A	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A	11. DIGESTIVO:	N ☒ A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Vibranil	2 y.	0.7	IP	1 vez	15 m
Petamag	5 y.	5	IV	1 vez	3-5 min
Propofol	1 y.	5	IV	1-2 veces	3-5 m

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin
NOMBRE:
T.P.: 33526



149
295
97

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: TARA ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino GÉNERO: ☐ Macho ☒ Hembra

Yo ANDRY GORDILLO identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1029644127 radicado en el municipio de AGUAZUL en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro gato de Nombre: ANDRY GORDILLO Color: BLANCO NEGRO

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Andry Gordillo

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

149
246
92

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 1	MUNICIPIO AGUAZUL
--------	------------------	------------------	------------------	---------------------------------	-----------------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	ANDRÉS GORDILLO	IDENTIFICACIÓN:	1029644129
DIRECCIÓN:	K. 19 # 23 A 04	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN	ESTUDIANTE	TELÉFONO:	320 206 9649

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	TARA	ESPECIE:	CANINO	RAZA:	CRUZA
COLOR:	B/CO NEGRO	GÉNERO:	HEMBRA	EDAD:	2 AÑOS
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI ☐ NO ☐	PARTOS:	SI ☐ NO ☐ N/A ☐
CELO	SI ☐ NO ☐ N/A ☐	FECHA:	T°: ☐ FC: ☐ FR: ☐ TLLC: ☐		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI		NO	
	RABIA	SI NO ☐		RABIA	SI ☐ NO ☐
	OTRA	SI ☐ NO ☐		OTRA	SI ☐ NO ☐
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO:	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒	Deprimido ☐
---------------	---	---------	--	------------------------------------

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A ☐	7. MUSCULOESQUELETICO:	N ☒ A ☐
Conjuntival:	N ☒ A ☐	3. OÍDOS:	N ☒ A ☐	8. NERVIOSO:	N ☒ A ☐
Oral:	N ☒ A ☐	4. NODOS LINFATICOS:	N ☒ A ☐	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A ☐
Vulvar/ Preputial:	N ☒ A ☐	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A ☐	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A ☐
Rectal:	N ☒ A ☐	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A ☐	11. DIGESTIVO:	N ☒ A ☐

PARACLÍNICOS	
NO: ☐	SI: ☐ Cuales: ☐

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA: ☐	ORQUIECTOMÍA: ☐
---------------------------	---	--

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Algaen	2 Y.	0.8	IV	1 vez	15 min
Veterin	5 Y.	0	IV	1 vez	3-8 min
Propofol	1 Y.	5	IV	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguán
 NOMBRE: _____
 T.P: 33526

150
297
93

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: CATELA **ESPECIE:** Canino **Felino:** **GÉNERO:** **Macho** **Hembra** ☒

Yo ANDRY GORDILLO identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 102964412 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro X gato de Nombre: CATELA Raza: Cirola

Color: Cafe

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solícite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Andry Gordillo

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

180 200 94

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día <u>23</u>	Mes <u>11</u>	Año <u>24</u>	Historia Clínica N° <u>150</u>	MUNICIPIO <u>Aguazul</u>
--------	------------------	------------------	------------------	-----------------------------------	-----------------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Araú García	IDENTIFICACIÓN:	1029644122	ESTRATO SOCIAL:	2
DIRECCIÓN:	Cerro 1a # 23/04	TELÉFONO:	3702069649		
LABOR/PROFESIÓN	Estudiante				

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Cacho	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Bulldog
COLOR:	cafe	GÉNERO:	hembra	EDAD:	150
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 40 FR: 60	TLC:	22

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	<u>X</u>		NO	
	RABIA	SI <u>X</u> NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		

TEMPERAMENTO	Docil <u>X</u> Nervioso <u>X</u> Agresivo <u>X</u>	ACTITUD	Alerta <u>X</u>	Deprimido <u>X</u>
--------------	--	---------	-----------------	--------------------

ALOJAMIENTO	Casa: <u>X</u> Finca: <u>X</u> Apartamento: <u>X</u>	CONDICIÓN CORPORAL: 1 <u>X</u> 2 <u>X</u> 3 <u>X</u> 4 <u>X</u> 5 <u>X</u>
-------------	--	--

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N <u>X</u> A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N <u>X</u> A
Conjuntival:	N <u>X</u> A	3. OÍDOS:	N <u>X</u> A	8. NERVIOSO:	N <u>X</u> A
Oral:	N <u>X</u> A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N <u>X</u> A	9. CARDIOVASCULAR:	N <u>X</u> A
Vulvar/ Preputial:	N <u>X</u> A	5. PIEL Y ANEXOS:	N <u>X</u> A	10. RESPIRATORIO:	N <u>X</u> A
Rectal:	N <u>X</u> A	6. LOCOMOTOR:	N <u>X</u> A	11. DIGESTIVO:	N <u>X</u> A

PARACLÍNICOS	
NO: <u>X</u>	SI: <u>X</u> Cuales: <u>X</u>

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
<u>Xilacina</u>	<u>2 y.</u>	<u>0.8</u>	<u>IV</u>	<u>1 vez</u>	<u>15 min</u>
<u>Ketamina</u>	<u>5 y.</u>	<u>8</u>	<u>IV</u>	<u>1 vez</u>	<u>3-8 min</u>
<u>propofol</u>	<u>1 y.</u>	<u>5</u>	<u>IV</u>	<u>1-2 veces</u>	<u>3-8 min</u>

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T.P:

Alejandro Holguin
33526



**Alcaldía de
Aguazul**

FORMATO



CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

151
299
95

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: WNA
ESPECIE: Canino ☒ Felino ☐
GÉNERO: Macho ☐ Hembra ☒

Yo Rosalba Moreno identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 24.224.820 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: _____ Raza: _____ Color: _____

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solista para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR, O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Rosalba Moreno
24 224 820

Alejandro Holguin

181
300
96

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N°	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	---------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Rosalva Moreno	IDENTIFICACIÓN:	24227820		
DIRECCIÓN:	Cll 21 # 16-42	ESTRATO SOCIAL:	1		
LABOR/PROFESIÓN	Amo de casa	TELÉFONO:	3104313990		

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	LUNA	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Chilo
COLOR:		GÉNERO:	Hembra	EDAD:	1 1/2
PESO:		DESparasitación	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 37.5 FC: 90 FR: 60 TLLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	☒		NO	☐
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil Nervioso ☒ Agresivo		ACTITUD	Alerta Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albendazol	2 %	0.4	IV	1 vez	15 mn
ketoprofeno	5 %	2	IV	1 vez	3-5 mn
Propofol	1 %	5	IV	1-2 veces	3-5 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin
NOMBRE:
T.P: 33326

152
301
97

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N°	MUNICIPIO Aguazul
--------	------------------	------------------	------------------	---------------------	-----------------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	María MESA	IDENTIFICACIÓN:	25 HO 453		
DIRECCIÓN:	Cm 25 # B -33	ESTRATO SOCIAL:	2		
LABOR/PROFESIÓN	Amo de casa	TÉLEFONO:	3 025 98 1504		

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	PIA	ESPECIE:	Canino	RAZA:	PINCHER
COLOR:	cafe	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	1 AÑO.
PESO:		DESparasitación	SI ☐ NO ☐	PARTOS:	SI ☐ NO ☐ N/A ☐
CELO	SI ☐ NO ☐ N/A ☐	FECHA:	T°: 38	FC: 90	FR: 30 TLLC: 22

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	☒		NO	☐
	RABIA	SI ☐ NO ☒		RABIA	SI ☐ NO ☐
	OTRA	SI ☐ NO ☐		OTRA	SI ☐ NO ☐
	CUAL?		CUAL?		

TEMPERAMENTO:	Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒	Deprimido ☐
---------------	---	---------	--	------------------------------------

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OIDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Prepucial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO: ☐	SI: ☐ Cuales: <input type="text"/>

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albina	2%	0.8	IV	1 vez	15 mn
ketanar	5%	8	IV	1 vez	3-8 mn
propofol	1%	5	IV	1-2 veces	3-8 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holgu

NOMBRE: 33526

T.P:

**Alcaldía de
Aguazul**

FORMATO

CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	MIA	ESPECIE:	Canino ☒	Felino ☐	GÉNERO:	Macho ☐	Hembra ☒
------------------	-----	-----------------	---	------------------------------------	----------------	-----------------------------------	---

Yo MARIA MESA Identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 25170453 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: MIA Raza: Criollo

Color: cafe

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 18 del año 2024

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Sofia mesa

Alejandro blgún

153
303
99

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N°	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	---------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	OSCAR PACHEN	IDENTIFICACIÓN:	74.770 452
DIRECCIÓN:	Cra 11 # 21-42	ESTRATO SOCIAL:	1.
LABOR/PROFESIÓN	Independiente	TELÉFONO:	321 8287773

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	POLLY	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Criollo
COLOR:	Blanco	GÉNERO:	hembra	EDAD:	3 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T: 30 FC: 40 FR: 30 TLLC: 22	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI		NO	SI
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☐ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OIDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albim	2 y.	0.5	1 y	1 vez	15 mn
Fenazone	5 y.	5	1 y	1 vez	3-8 mn
ppp fol	1 y.	5	1 y	1-2 veces	3-8 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T. P:

Alejandro Holgun

33526



FORMATO



CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: POCLAY ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino GÉNERO: ☒ Macho ☐ Hembra

Yo OSCAR FUGUEN identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 74.770.452 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: POCLAY Raza: Blanco Color: Blanco

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Oscar Fuguen

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

154
305
101

	FORMATO No 1		
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N°	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	---------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	OSCAR JUAN		IDENTIFICACIÓN:	74. 770. 452	
DIRECCIÓN:	Cra 11 # 21-42		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN	Independiente		TELÉFONO:	321 628 7773	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	F1-TAT		ESPECIE:	Canino	
COLOR:	CAFE		GÉNERO:	Macho	
PESO:			DESPARASITACIÓN	SI NO	
CELO	SI NO ☒ N/A		FECHA:	T: 38	FC: 90
				FR: 30	TLC: 22

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	☒		NO	☐
	RABIA	SI NO ☒		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO:	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 ☒ 4 5
--------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Prepucial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Algemax	2 y.	0.9	IM	1 vez	15 min
Ketamax	5 y.	5	IV	1 vez	3-8 min
Propofol	1 y.	5	IV	2-3 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T. P:

Alejandro Holguin
33526

154
306
102

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	<u>F. J. T. A. S.</u>	ESPECIE:	☒ Canino ☐ Felino	GÉNERO:	☒ Macho ☐ Hembra
------------------	-----------------------	-----------------	--	----------------	---

Yo Oscar FUGUEN, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 94.770.452 de la ciudad de Aguazul, radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro Xgato de Nombre: MISTAR Raza: Cruce Color:

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solícite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiEDAD según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Oscar Fuguen

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holgón



**Alcaldía de
Aguazul**

FORMATO



CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: <u>PRINCESO</u>	Canino ☒	Felino ☐	Macho ☐	Hembra ☒
ESPECIE: ☒				
GÉNERO: ☐				

Yo YANETH MESA identificada(a) con cédula de ciudadanía N° 40.023189 de la ciudad de TUNJA radicado en el municipio de ASUAGUA en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: PRINCESO Raza: Color: Negro

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes pre-quirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicita para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 28 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Yaneth Mesa

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holgón

185
308
704

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día <u>23</u>	Mes <u>11</u>	Año <u>24</u>	Historia Clínica N° <u>155</u>	MUNICIPIO <u>Aguazul</u>
--------	------------------	------------------	------------------	-----------------------------------	-----------------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	<u>YANETH MEZA</u>		IDENTIFICACIÓN:	<u>40023 189</u>	
DIRECCIÓN:	<u>cl 21 # 19-32</u>		ESTRATO SOCIAL:		
LABOR/PROFESIÓN	<u>Arma de Caza</u>		TELÉFONO:	<u>314 464 7054</u>	

RESERVA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	<u>Prince Sa</u>	ESPECIE:	<u>Carnívoro</u>	RAZA:	<u>Chow Chow</u>
COLOR:	<u>Blanco</u>	GÉNERO:	<u>Hembra</u>	EDAD:	<u>4 Años</u>
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI ☐ NO ☐	PARTOS:	SI ☐ NO ☐ N/A ☐
CELO	SI ☐ NO ☐ N/A ☐	FECHA:		T°: <u>38</u> FC: <u>40</u> FR: <u>30</u> TLC: <u>22</u>	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	<u>X</u>		NO	<u> </u>
	RABIA	SI ☐ NO ☒		RABIA	SI ☐ NO ☐
	OTRA	SI ☐ NO ☐		OTRA	SI ☐ NO ☐
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO		Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐	ACTITUD		Alerta ☒ Deprimido ☐

ALOJAMIENTO:	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u>
--------------	---	---------------------	--

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	<u>N/A</u>	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	<u>N/A</u>
Conjuntival:	<u>N/A</u>	3. OÍDOS:	<u>N/A</u>	8. NERVIOSO:	<u>N/A</u>
Oral:	<u>N/A</u>	4. NODOS LINFÁTICOS:	<u>N/A</u>	9. CARDIOVASCULAR:	<u>N/A</u>
Vulvar/Prepucial:	<u>N/A</u>	5. PIEL Y ANEXOS:	<u>N/A</u>	10. RESPIRATORIO:	<u>N/A</u>
Rectal:	<u>N/A</u>	6. LOCOMOTOR:	<u>N/A</u>	11. DIGESTIVO:	<u>N/A</u>

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: <u>Cuales:</u>

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
<u>Kilacur</u>	<u>2 y.</u>	<u>0.8</u>	<u>IM</u>	<u>1 vez</u>	<u>15 mn</u>
<u>Ketamin</u>	<u>5 y.</u>	<u>8</u>	<u>IV</u>	<u>1 vez</u>	<u>3-8 mn</u>
<u>Propofol</u>	<u>1 y.</u>	<u>5</u>	<u>IV</u>	<u>12-16 veces</u>	<u>3-8 mn</u>

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin
NOMBRE: _____
T.P.: 33526

156
309
105

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	<u>LUNA</u>	ESPECIE:	☒ Canino ☐ Felino	GÉNERO:	☐ Macho ☒ Hembra
------------------	-------------	-----------------	--	----------------	---

Yo Olga Patricia Pedreros identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 1116548558 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: LUNA Raza: Color: cafe

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médico veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicita para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Olga Patricia Pedreros Rosas

Alejandro Holguin



186
340
706

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N°	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	---------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Olga Pedraza	IDENTIFICACIÓN:	1116548558
DIRECCIÓN:	Villa Santa Ite S.	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN		TELÉFONO:	3222417801

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	LUNA	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Mullo.
COLOR:	Majesta ale	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	2 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 40 FR: 30 TLLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI		NO	SI
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OIDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

NO:	SI:	Cuales:
-----	-----	---------

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMIA:	ORQUIECTOMIA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Alguna	2 y.	0.8	12	1 vez	15 m
Protina	5 y.	3	10	1 vez	3-8 m
propofol	1 y.		10	1-2 veces	3-8 m

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T. P:

Alejandro Holguin

33526

157
347
707

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	<u>Yolga</u>	ESPECIE:	☒ Canino ☐ Felino	GÉNERO:	☒ Macho ☐ Hembra
------------------	--------------	-----------------	--	----------------	---

Yo Dgo. PEQUEROS identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1116548558 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO
RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: Yolga Raza: Cwillo
Color: Negro

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:
Xolga Patricia Pequeros

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:
Alfonso Holguin

183
380
108

 Alcalda de Aguazul	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2019	Historia Clínica N°	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	---------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Olga FERREROS		IDENTIFICACIÓN:	116348558	
DIRECCIÓN:	Calle 5ª y 1ª		ESTRATO SOCIAL:	322 241 7801	
LABOR/PROFESIÓN					

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	NOTAS	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Chihuahua
COLOR:	negro	GÉNERO:	macho	EDAD:	1 año
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 90 FR: 30 TLLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	☒		NO	☐
	RABIA	SI NO ☒		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso Agresivo		ACTITUD	Alerta Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albimex	2 y.	0.5	IV	1 vez	15 min
Ketamina	5 y.	5	IV	1 vez	3-5 min
Propofol	1 y.	4	IV	1-2 veces	3-5 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T.P.:

Alejandro Holguin
33520

188
3/3
109



FORMATO No 1



HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N°	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	---------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Sandra Castillo		IDENTIFICACIÓN:	1.116.555.338	
DIRECCIÓN:	C/ 27 # 11-68		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN	Dna de casa		TELÉFONO:	310.8581025	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Ray	ESPECIE:	Cat	RAZA:	Chilla
COLOR:	Cafe	GÉNERO:	macho	EDAD:	5 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T: 38 FC: 90 FR: 60 TLIC: 21	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI NO		NO	SI NO
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil Nervioso X Agresivo		ACTITUD	Alerta Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: X Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3X 4 5
-------------	-----------------------------	---------------------	------------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N SA	7. MUSCULOESQUELETICO:	N SA
Conjuntival:	N SA	3. OIDOS:	N SA	8. NERVIOSO:	N SA
Oral:	N SA	4. NODOS LINFATICOS:	N SA	9. CARDIOVASCULAR:	N SA
Vulvar/ Preputial:	N SA	5. PIEL Y ANEXOS:	N SA	10. RESPIRATORIO:	N SA
Rectal:	N SA	6. LOCOMOTOR:	N SA	11. DIGESTIVO:	N SA

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Valium	2%	0.8	IM	1 vez	15 min
Procten	5%	8	IV	1 vez	3-5 m
Propp	1%	5	IV	1-2 veces	3-8 m

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T.P.:

Alejandro Holguin
33526

**Alcaldía de
Aguazul**

FORMATO

CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

	Canino	Felino	Macho	Hembra
PACIENTE: <u>REG</u>	ESPECIE: ☒	☐	GÉNERO: ☒	☐

Yo Sandra Castillo identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 1116555338 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: Ray Raza: cafe Color: cafe

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 22 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

X Sandra Castillo

Alejandro Holguin

GATO. 1507
345
777

	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	<u>MCNO</u>	ESPECIE:	<u>Canino</u>	<u>Felino</u>	GÉNERO:	<u>Macho</u>	<u>Hembra</u>
-----------	-------------	----------	---------------	---------------	---------	--------------	---------------

Yo Maria Garcia identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 24228521 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro gato MCNO de Nombre: MCNO Raza: CRALO Color: MCNO

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Maria Garcia

Alcjandro Holguin

189.
316
172

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día	Mes	Año	Historia Clínica N°	MUNICIPIO
	23	11	24		

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Yana Garcia	IDENTIFICACIÓN:	24228571
DIRECCIÓN:	Cmra 12 # 21/21	ESTRATO SOCIAL:	3112500720
LABOR/PROFESIÓN:	Ara de casa	TELÉFONO:	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	MONO	ESPECIE:	PERRO	RAZA:	CRULLO
COLOR:	manchado	GÉNERO:	macho	EDAD:	6 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 35 FC: 90 FR: 30 TLLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo	ACTITUD	Alerta Deprimido

ALOJAMIENTO	Casa: Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N SA	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N SA
Conjuntival:	N SA	3. OÍDOS:	N SA	8. NERVIOSO:	N SA
Oral:	N SA	4. NODOS LINFÁTICOS:	N SA	9. CARDIOVASCULAR:	N SA
Vulvar/Preputial:	N SA	5. PIEL Y ANEXOS:	N SA	10. RESPIRATORIO:	N SA
Rectal:	N SA	6. LOCOMOTOR:	N SA	11. DIGESTIVO:	N SA

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albendazol	24	0.8	15	1 vez	15 mn
Metamizol	34	8	10	1 vez	3-8 mn
Propofol	14	2		2-3 veces	3-8 m

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T. P.

Alejandro Holguin

33526

160
319
113

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N°	MUNICIPIO Aguazul
--------	------------------	------------------	------------------	---------------------	-----------------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Sandra Castillo	IDENTIFICACIÓN:	116553338
DIRECCIÓN:	Cll 23 # 11-68	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN	Am de casa	TELÉFONO:	310 858 1025

RESEÑA DEL PACIENTE				
NOMBRE:	Llora	ESPECIE:	Canino	RAZA:
COLOR:	Cafe	GÉNERO:	Hembra	EDAD:
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 31 FC: 90 FR: 70 TLC: 22	

HISTORIA DEL PACIENTE						
ESTADO DE VACUNACIÓN						
VACUNACIÓN	PERRO			VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI NO	NO		SI NO	
	RABIA	SI NO	RABIA		SI NO	
	OTRA	SI NO	OTRA		SI NO	
	CUAL?		CUAL?			

TEMPERAMENTO	Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐
--------------	---	---------	---

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL: 1 2 3 4 5
-------------	---	--------------------------------------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OIDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2%	0.7	IV	1 vez	15 min
Ketamina	5%	2	IV	1 vez	3-5 min
propofol	1%	3		1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holgun

NOMBRE: 33526

T.P:



Alcaldía de
Aguazul

FORMATO



CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

160
380
774

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: KIARA ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino GÉNERO: ☐ Macho ☒ Hembra

Yo SANDRA CASPILLO identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 116555338 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: KIARA Raza: CRUZO Color: CAFE

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafilático, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

[Firma]

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

Pero
15T
379
775

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: DOCU ESPECIE: Canino Y Felino GÉNERO: Macho Hembra

Yo VICTOR OLESA identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 104460220 de la ciudad de Tona radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro X gato X de Nombre: DOCU Raza: Criolla

Color: Chocola

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

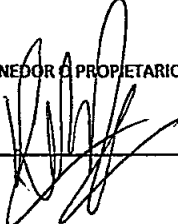
Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 20

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:


FIRMA MÉDICO VETERINARIO:
Alejandro Holguin

Pen 161 320 716

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes U	Año 2014	Historia Clínica N° 161	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Victor ORTEGA		IDENTIFICACIÓN:	1049602215	
DIRECCIÓN:	CALLE 2A # 24-26		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN	Bombero		TELÉFONO:	3143509032	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	DOROT		ESPECIE:	Canino	
COLOR:	Chocolate		GÉNERO:	macho	
PESO:			DESPARASITACIÓN	SI ☒ NO ☐	
CELO	SI ☐ NO ☒ N/A ☐		FECHA:		
			T°:	38	FC: 90 FR: 32 TLLC: 12

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	☒		NO	☐
	RABIA	SI ☒ NO ☐		RABIA	SI ☐ NO ☐
	OTRA	SI ☐ NO ☐		OTRA	SI ☐ NO ☐
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☐ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A ☐	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N ☒ A ☐
Conjuntival:	N ☒ A ☐	3. OÍDOS:	N ☒ A ☐	8. NERVIOSO:	N ☒ A ☐
Oral:	N ☒ A ☐	4. NODOS LINFÁTICOS:	N ☒ A ☐	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A ☐
Vulvar/Preputial:	N ☒ A ☐	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A ☐	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A ☐
Rectal:	N ☒ A ☐	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A ☐	11. DIGESTIVO:	N ☒ A ☐

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Alacina	25	0.7	17	1 vez	15 m
Ketana	5	6	18	1 vez	3-8 m
propofol	1-1	5	19	1-2 veces	3-8 m

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T. P:

Alejandro Holgun
33526

GATO 162
331
177

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2024	Historia Clínica N° 162	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Victor Ortega	IDENTIFICACIÓN:	1044062218		
DIRECCIÓN:	Casa 2a # 24-26.	ESTRATO SOCIAL:			
LABOR/PROFESIÓN	Bombero	TELÉFONO:	3143589072		

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Cataldo	ESPECIE:	felino	RAZA:	criollo
COLOR:	negro	GÉNERO:	macho	EDAD:	11 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 37 FC: 30 FR: 30 TLC: 21		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO		Docil Nervioso Agresivo		ACTITUD	
				Alerta Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa Finca Apartamento	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N 2A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N 1A
Conjuntival:	N YA	3. OÍDOS:	N 2A	8. NERVIOSO:	N 2A
Oral:	N 2A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N 2A	9. CARDIOVASCULAR:	N 2A
Vulvar/ Preputial:	N 2A	5. PIEL Y ANEXOS:	N 2A	10. RESPIRATORIO:	N 2A
Rectal:	N 2A	6. LOCOMOTOR:	N 2A	11. DIGESTIVO:	N 2A

PARACLÍNICOS	
NO: Si: Cuales:	
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xalgen	2 Y.	0.7	IV	1 VEF	15 m
Ketamen	5 Y.	5	IV	1 VEF	3-8 m
propofol	1 Y.			1-2 VEF	3-8 m

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holgun

NOMBRE: 33526

T.P: 33526



Alcaldía de
Aguazul

FORMATO



CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

152
370
118

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Chimuelo ESPECIE: Canino Felino GÉNERO: Macho Hembra

Yo Ugo Octava identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 10460225 de la ciudad de Tona radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro gato de Nombre: Chimuelo Raza: Criollo

Color: Chocolate

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 28 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

V. [Signature]

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejo Holguin

Pero 163
323
119

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 003	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Alex Jaramago	IDENTIFICACIÓN:	47395454
DIRECCIÓN:	Calle 5ta #3-61	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN:	Ugentero	TELÉFONO:	3125053159

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	NINO	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Crota
COLOR:	Grana 12	GÉNERO:	macho	EDAD:	3 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 37 FC: 90 FR: 30 TLLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	X		NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO		Docil Nervioso ☒ Agresivo	ACTITUD		Alerta Deprimido
ALOJAMIENTO		Casa: ☒ Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:		1 2 3 4 5

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N 2A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N 2A
Conjuntival:	N 2A	3. OÍDOS:	N 2A	8. NERVIOSO:	N 2A
Oral:	N 2A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N 2A	9. CARDIOVASCULAR:	N 2A
Vulvar/Preputial:	N 2A	5. PIEL Y ANEXOS:	N 2A	10. RESPIRATORIO:	N 2A
Rectal:	N 2A	6. LOCOMOTOR:	N 2A	11. DIGESTIVO:	N 2A
PARACLÍNICOS					
NO:	SI:	Cuales:			
OBSERVACIONES:					

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Kilgavon	2 y.	0.8	IV	1 vez	15 min
Ketamex	5 y.	8	IV	1 vez	3-5 min
Piprazol	1 y.	5	IV	1-2 vez	3-5 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holgun
NOMBRE:
T.P.: 33576

Rev 162
 324
 120

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: <u>NITO</u>	ESPECIE: <u>Canino</u>	Felino	GÉNERO: <u>Macho</u>	Hembra
------------------------------	-------------------------------	---------------	-----------------------------	---------------

Yo Ana Zolay S identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 47395454 de la ciudad de Bogotá, radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro/gato de Nombre: NITO Raza: Grato Color: Arenillo

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicita para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 20

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

P. Ana Zolay S

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

Gato 168 305 121

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Pacho **ESPECIE:** Canino **Felino:** X **GÉNERO:** Macho Hembra

Yo Am. Reyes identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 24.228.411 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro gato V de Nombre: Pacho Raza: Siames

Color: Blanco

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Y. Ance Reyes

Alejandro Holguin

GATO 164
326
122

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2024	Historia Clínica N° 164	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Ana ROJAS		IDENTIFICACIÓN:	24728411	
DIRECCIÓN:	Calle 135 2-39		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN	Ama de casa		TELÉFONO:	3188972938	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Pelita	ESPECIE:	Felina	RAZA:	Criollo
COLOR:	Blanco	GÉNERO:	macho	EDAD:	2 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 35 FC: 90 FR: 30 TLLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil Nervioso ☒ Agresivo	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido
--------------	---	---------	--

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N ☒ A
Conjuntival:	N ☒ A	3. OIDOS:	N ☒ A	8. NERVIOSO:	N ☒ A
Oral:	N ☒ A	4. NODOS LINFATICOS:	N ☒ A	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A
Vulvar/Preputial:	N ☒ A	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A
Rectal:	N ☒ A	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A	11. DIGESTIVO:	N ☒ A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2.5%	0.7	IM	1 vez	15 mn
F-estamida	5.7%	2	IV	1 vez	3-5 mn
Proppid	1.7%	4	IV	1-2 veces	3-5 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alfonso Holguin
 NOMBRE: _____
 T. P.: 33526

165
224
123

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	<u>YILA GRIS</u>	ESPECIE:	☒ Canino ☐ Felino	GÉNERO:	☐ Macho ☒ Hembra
------------------	------------------	-----------------	--	----------------	---

Yo Sandra Rodríguez identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 1 023 949 117 de la ciudad de Bogotá radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: YILA GRIS Raza: Amarrillo Color: Amarrillo

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:
SANDRA R. MENDOZA
1023949117

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:
Alejandro Holguin

165
328
724

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 165	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Sandra Rodríguez		IDENTIFICACIÓN:	1073999117	
DIRECCIÓN:	Calle 17 # S-A-30		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN:	Ana Casa		TELÉFONO:	343638340	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Malagros	ESPECIE:	Cano	RAZA:	Collar
COLOR:	Amarillo	GÉNERO:	hembra	EDAD:	4 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T: 38.5 FC: 90 FR: 30 TLIC: 22	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	<u>X</u>		NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil <u>X</u> Nervioso Agresivo		ACTITUD	Alerta <u>X</u> Deprimido	
ALOJAMIENTO	Casa: <u>X</u> Finca: Apartamento:		CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 <u>4</u> 5	

ANAMNESIS					

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N <u>X</u> A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N <u>X</u> A
Conjuntival:	N <u>X</u> A	3. OIDOS:	N <u>X</u> A	8. NERVIOSO:	N <u>X</u> A
Oral:	N <u>X</u> A	4. NODOS LINFATICOS:	N <u>X</u> A	9. CARDIOVASCULAR:	N <u>X</u> A
Vulvar/ Prepucial:	N <u>X</u> A	5. PIEL Y ANEXOS:	N <u>X</u> A	10. RESPIRATORIO:	N <u>X</u> A
Rectal:	N <u>X</u> A	6. LOCOMOTOR:	N <u>X</u> A	11. DIGESTIVO:	N <u>X</u> A
PARACLÍNICOS					
NO:	SI:	Cuales:			
OBSERVACIONES:					

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilogen	0.2%	0.2	IM	1 vez	15 min
Cetazina	5%	2	IV	1 vez	2-8 min
propofol	1%	3	IV	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin

NOMBRE: 33326

T.P:



**Alcaldía de
Aguazul**

FORMATO



CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

166
309
725

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	Rouse	ESPECIE:	Canino	Felino:	F	GÉNERO:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Macho Hembra </div> <div style="text-align: center;">X</div>
Yo <u>Nora Gutierrez</u> , identificado(a) con cédula de ciudadanía N° <u>40403393</u> de la ciudad de <u>Aguazul</u> , radicado en el municipio de <u>Aguazul</u> , en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro <u>gato</u> de Nombre: <u>Rouse</u> Raza: <u>catillo</u> Color: <u>Amarillo</u>							

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Sharik Barbosa
1091628530

Alejandro Holguin

166
350
726

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2014	Historia Clínica N° 166	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Nora Gutierrez	IDENTIFICACIÓN:	90963393
DIRECCIÓN:	Calle 14 #16-24	ESTRATO SOCIAL:	A
LABOR/PROFESIÓN:	ESTILISTA	TELÉFONO:	3118242731

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	ROUTE	ESPECIE:	PERRO	RAZA:	CRABE
COLOR:	CHORLO	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	6 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: FC: FR: TLLC:		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	X
	RABIA	SI NO		RABIA	SI X NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo	ACTITUD	Alerta Deprimido
--------------	-------------------------	---------	------------------

ALOJAMIENTO	Casa: Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N X A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N X A
Conjuntival:	N X A	3. OÍDOS:	N X A	8. NERVIOSO:	N X A
Oral:	N X A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N X A	9. CARDIOVASCULAR:	N X A
Vulvar/Preputial:	N X A	5. PIEL Y ANEXOS:	N X A	10. RESPIRATORIO:	N X A
Rectal:	N X A	6. LOCOMOTOR:	N X A	11. DIGESTIVO:	N X A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIO-HISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	-----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2 y.	0.7	IM	1 vez	15 min
ketaset	5 y.	7	IV	1 vez	3-8 min
propofol	1 y.	7	IV	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin

NOMBRE: _____

T.P.: 33526

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: PINKY
ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino
 GÉNERO: ☒ Macho ☐ Hembra

Yo DEISY LA ROSA identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 1116547125 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro gato de Nombre: PINKY Raza: Gris Color:

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

[Firma manuscrita]

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin



FORMATO No 1



HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

Fecha:	Día	Mes	Año	Historia Clínica N°	MUNICIPIO
	23	11	24	164	Aguazul

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	DELSY LUEPES		IDENTIFICACIÓN:	116.347 125	
DIRECCIÓN:	C/ B B # 8-29		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN	Ma UE caso		TELÉFONO:	313 259 4670	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	PINKY	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Cholla
COLOR:	cafe	GÉNERO:	macho.	EDAD:	2 años 1/2
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T:	
		FC:		FR:	
				TLC:	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI NO		NO	SI NO
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO		Docil Nervioso Agresivo	ACTITUD		Alerta Deprimido

ALOJAMIENTO	Casa: Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OIDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Alcorno	27.	0.8	lv	1 vez	15 ml
ketamin	57.	8	lv	1 vez	3-8 mn
propofol	17.	5	lv	1-2 veces	3-8 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T. P:

Atgordno Holgun

33526

Pero 166
333
729

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Rocky **ESPECIE:** Canino **GÉNERO:** X **Macho** ☒ **Hembra** ☐

Yo Diana Morica identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 1116547222 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de **CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO**
RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: Rocky Raza: Carillo
Color: Amarillo

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico **OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA** bajo **ANESTESIA GENERAL**

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso **DECLINO VOLUNTARIAMENTE** a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o soltice, para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento **RECONOZCO** que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

V Zhonick Franco
1090375069.

Alejandro Holguin

Perio 108
374
730

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 168	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	D. Enc. MORA		IDENTIFICACIÓN:	116547222	
DIRECCIÓN:	Calle 13A # 23-114		ESTRATO SOCIAL:	2	
LABOR/PROFESIÓN:	HSE		TELÉFONO:	3123608078	

RESERVA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Rocky	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Criollo
COLOR:	Arenillo	GÉNERO:	macho	EDAD:	7 mes
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO:	SI NO N/A	FECHA:		T: 35 FC: 90 FR: 30 TLLC: 2	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☒ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N 2A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N 2A
Conjuntival:	N 2A	3. OIDOS:	N 2A	8. NERVIOSO:	N 2A
Oral:	N 2A	4. NODOS LINFATICOS:	N 2A	9. CARDIOVASCULAR:	N 2A
Vulvar/ Preputial:	N 2A	5. PIEL Y ANEXOS:	N 2A	10. RESPIRATORIO:	N 2A
Rectal:	N 2A	6. LOCOMOTOR:	N 2A	11. DIGESTIVO:	N 2A

PARACLÍNICOS	
NO: _____	SI: _____ Cuales: _____
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Klaxone	2 y.	0.8	IM	1-2	15 min
Kartaminas	5 y.	2	IV	1-2	3-8 min
Propofol	1 y.	5	IV		3-5 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T. P:

Alejandro Hidalgo
33576.

Alcaldía de
Aguazul

FORMATO

CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

169
238
737

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	ZEUS	ESPECIE:	Canino	Felino	GÉNERO:	Macho	Hembra
			☒			☒	

Yo Eyadira Galvis, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 33645683 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: ZEUS Raza: COCKER Color: caja

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes pre-quirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 22 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Eyadira Galvis Pardo
33645683

Alejandro Holguin

169
335
132

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2024	Historia Clínica N° 169	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Elyadira Balu S		IDENTIFICACIÓN:	33 643 683	
DIRECCIÓN:	Tr 36 Km 1 + 227		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN	Aya de casa		TELÉFONO:	314 029 4713	

RESERVA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	2205	ESPECIE:	CANINUM	RAZA:	Coronel
COLOR:	CAFE	GÉNERO:	MACHO	EDAD:	3 Años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 90 FR: 30 TLLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	☒		NO	☐
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐
--------------	---	---------	---

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Kilgamon	2 y.	0.8	IV	1 vez	15 min
ketanar	5 y.	8	IV	1 vez	3-8 min
propofol	1 y.	5	IV	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T. P:

Alejandro Hlgun
33526

170
334
733

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2024	Historia Clínica N° 170	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Ivete Zalata		IDENTIFICACIÓN:	24226367	
DIRECCIÓN:	CALLE 15 A # 24 - 124		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN	AMPA DE CASA		TELÉFONO:	3124103718	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Rocky	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Guillo
COLOR:	CAFE	GÉNERO:	MACHO	EDAD:	7 MESES
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 37 FC: 90 FR: 30 TLIC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI NO		NO	SI NO
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		

TEMPERAMENTO	Docil Nervioso ☒ Agresivo	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido
--------------	---	---------	--

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OIDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	Si: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2 Y.	0.7	IV	1 vez	15 min
Ketam	5 Y.	7	IV	1 vez	3-5 min
Propofol	1 Y.	5	IV	1-2 veces	3-5 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T.P.:

Alejandro Holguin
33526

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Rocky **ESPECIE:** Canino **GÉNERO:** macho

Yo Julia Zarate identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 29226367 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro Xgato de Nombre: Rocky Raza:

Color: gris

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Julia Stela Zarate
29226367

Alejandro Holguin

Peru AA
339
735

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Paloma ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino GÉNERO: ☐ Macho ☒ Hembra

Yo Yennifer Aguirre identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 41829381 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro ☒ y gato ☐ de Nombre: Paloma Raza: Criollo

Color: Blanco

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Y Jennifer Aguirre Flores

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

245
340
736

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2024	Historia Clínica N° 171	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Yaneth AGUIRRE	IDENTIFICACIÓN:	40429782		
DIRECCIÓN:	Carretera 4 # 1-61	ESTRATO SOCIAL:	3		
LABOR/PROFESIÓN	Ama de casa	TELÉFONO:	3202283808		

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Paloma	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Crotto
COLOR:	Beige	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	2 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO ☒ N/A	FECHA:	T: FC: FR: TLIC:		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso Agresivo	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido
--------------	---	---------	--

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 ☒ 4 5
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N ☒ A
Conjuntival:	N ☒ A	3. OIDOS:	N ☒ A	8. NERVIOSO:	N ☒ A
Oral:	N ☒ A	4. NODOS LINFATICOS:	N ☒ A	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A
Vulvar/ Preputial:	N ☒ A	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A
Rectal:	N ☒ A	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A	11. DIGESTIVO:	N ☒ A

PARACLÍNICOS	
NO:	Si: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albendazol	2 %	0.8	17	1 vez	15 min
Metamizol	5 %	5	17	1 vez	3-5 min
Propofol	1 %	5	17	1-2 veces	3-5 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T.P.:

Alejandro Holguin
33526



Aguazul
Alcaldía de

FORMATO



CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: TURBINA
ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino
 GÉNERO: ☐ Macho ☒ Hembra

Yo Ana Celia Parales identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 23.46.062 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: TURBINA Raza: Catita Color: Capa

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solícite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24.

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Ana Celia Parales

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

172
342
138

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día	Mes	Año	Historia Clínica N°	MUNICIPIO
	23	11	2020	172	Aguazul

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Ana Celia Parales	IDENTIFICACIÓN:	23 467 062
DIRECCIÓN:	C/ 29th 12-11	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN	Ama de Casa	TELÉFONO:	3118925702

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	TURBINA	ESPECIE:	CANINO	RAZA:	CRolla
COLOR:	AMARILLO	GÉNERO:	HEMBRA	EDAD:	6 MESES
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO X N/A	FECHA:	T: 38 FC: 90 FR: 35 TLIC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	X		NO	
	RABIA	SI NOX		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		

TEMPERAMENTO	Docil Nervioso X Agresivo	ACTITUD	Alerta Deprimido
--------------	---------------------------	---------	------------------

ALOJAMIENTO	Casa: X Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	-----------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N XA	7. MÚSCULOESQUELÉTICO:	N XA
Conjuntival:	N XA	3. OÍDOS:	N XA	8. NERVIOSO:	N XA
Oral:	N XA	4. NODOS LINFÁTICOS:	N XA	9. CARDIOVASCULAR:	N XA
Vulvar/Preputial:	N XA	5. PIEL Y ANEXOS:	N XA	10. RESPIRATORIO:	N XA
Rectal:	N XA	6. LOCOMOTOR:	N XA	11. DIGESTIVO:	N XA

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albendazol	2 %	0.6	1/1	1 vez	15 min
Metronidazol	5 %	2	1/1	1 vez	2-8 min
Prasidol	1 %	2	1/1	1-2 veces	2-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin

NOMBRE:

T.P.: 33526



FORMATO No 1



HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

173.
348
139

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 173.	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	-----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	YELBA AGUIR	IDENTIFICACIÓN:	116559761
DIRECCIÓN:	Vda. Traci	ESTRATO SOCIAL:	J
LABOR/PROFESIÓN	Empleado	TELÉFONO:	3108572610

RESERVA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	NEORA	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Pommes/cu
COLOR:	NEGRA	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	7 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 90 FR: 30 TLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	☒		NO	☐
	RABIA	SI ☒ NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐		

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 ☒ 4 5
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N ☒ A
Conjuntival:	N ☒ A	3. OÍDOS:	N ☒ A	8. NERVIOSO:	N ☒ A
Oral:	N ☒ A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N ☒ A	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A
Vulvar/ Preputial:	N ☒ A	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A
Rectal:	N ☒ A	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A	11. DIGESTIVO:	N ☒ A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
VIACIN	2%	0.7	1/2	1 vez	15 min
PROPRANOLOL	1%	2	1/2	1 vez	3-5 min
PROPRANOLOL	1%	2	1/2	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

Alejandro Holguin

NOMBRE:

T.P.:

33526

173
 244
 740

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: NEGRO **ESPECIE:** Canino ☒ **Felino** ☐ **GÉNERO:** Macho ☐ Hembra ☒

Yo, YEDER AGUILAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 116554761 de la ciudad de Aguazul, radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: NEGRO Raza: CRUZO Color: NEGRO

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso,

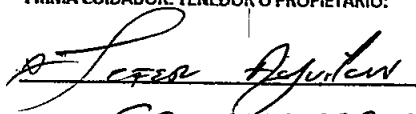
Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

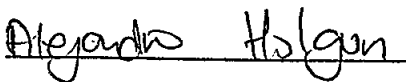
Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:


CC. 116554761

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:



Roro 174
 345
 747

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: ROCKY ESPECIE: Canino Y Felino GÉNERO: Macho Y Hembra

Yo Vemí TUMAY identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 116548104 de la ciudad de Tarara radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: Rocky Raza: FRENCH POOLE Color: negro

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solícita para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

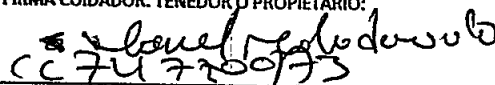
Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

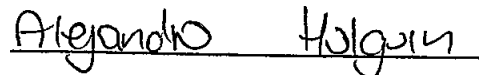
Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:


CC 747200773
Espinoza

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:


Alejandro Holguin

D4
346
742



FORMATO No 1



HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 174	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Yamir Yumay		IDENTIFICACIÓN:	116555109	
DIRECCIÓN:	CALLE # 10-55		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN	Ana de casa		TELÉFONO:	310069286	

RESERVA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Rocky	ESPECIE:	canine	RAZA:	h.c. at.
COLOR:	negro	GÉNERO:	macho	EDAD:	2 años 1/2
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI ☒ NO ☐	PARTOS:	SI ☐ NO ☒ N/A ☐
CELO	SI ☐ NO ☒ N/A ☐	FECHA:	T: 3+	FC: 90	FR: 30
				TLIC: 21	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI ☒ NO ☐		RABIA	SI ☐ NO ☐
	OTRA	SI ☐ NO ☐		OTRA	SI ☐ NO ☐
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐	
ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐		CONDICIÓN CORPORAL:	1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5 ☐	

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
ibuprofeno	2 y.	0.5	1 y	1 vez	15 min
ketoprofeno	5 y.	5	1 y	1 vez	3+5 min
propofol	1 y.	5	1 y	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T.P.:

Alejandro Holguin
33526

178
349
743



FORMATO No 1



HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

Fecha:	Día	Mes	Año	Historia Clínica N°	MUNICIPIO
	22	10	2024	195	Aguazul

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Sandra Rodriguez		IDENTIFICACIÓN:	1073949 117	
DIRECCIÓN:	C/ 17 # 5-A-30		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN	Ana de Casa		TELÉFONO:	3213638540	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	SKY	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Chihuahua
COLOR:	negro	GÉNERO:	hembra	EDAD:	1 año
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO ☒ N/A	FECHA:	T: 3B FC: 90 FR: 60 TLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	☒		NO	☐
	RABIA	SI NO ☒		RABIA	SI NO ☐
	OTRA	SI NO ☐		OTRA	SI NO ☐
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐
--------------	---	---------	---

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 ☒ 4 5
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N ☒ A
Conjuntival:	N ☒ A	3. OÍDOS:	N ☒ A	8. NERVIOSO:	N ☒ A
Oral:	N ☒ A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N ☒ A	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A
Vulvar/Preputial:	N ☒ A	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A
Rectal:	N ☒ A	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A	11. DIGESTIVO:	N ☒ A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Algaem	2%	0.8	1m	1 vez	15 min
ketamin	5%	8	iv	1 vez	3-8 min
propofol	1%	8	iv	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holgun
 NOMBRE: _____
 T.P.: 33526



**Alcaldía de
Aguazul**

FORMATO



CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	SAJ	ESPECIE:	Canino ☒	Felino ☐	GÉNERO:	Macho ☒	Hembra ☐
-----------	-----	----------	---	------------------------------------	---------	--	------------------------------------

Yo Sandra Rodríguez identificada(a) con cédula de ciudadanía N° 1023949112 de la ciudad de Bogotá radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: SAJ Raza: Chihuahua Color:

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 22 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Sandra R. Mendoz

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Higuera

176
319
145

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día <u>23</u>	Mes <u>11</u>	Año <u>2024</u>	Historia Clínica N° <u>176</u>	MUNICIPIO <u>Aguazul</u>
--------	------------------	------------------	--------------------	-----------------------------------	-----------------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	<u>Alvaro JAPUR</u>	IDENTIFICACIÓN:	<u>17161603</u>
DIRECCIÓN:	<u>Cra 2 # 4-05</u>	ESTRATO SOCIAL:	<u>1</u>
LABOR/PROFESIÓN:	<u>Independiente</u>	TELÉFONO:	<u>3228103562</u>

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	<u>SONIA</u>	ESPECIE:	<u>CAJINA</u>	RAZA:	<u>CRISTA</u>
COLOR:	<u>CAJE</u>	GÉNERO:	<u>Hembra</u>	EDAD:	<u>1 1/2</u>
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI ☐ NO ☐	PARTOS:	SI ☐ NO ☐ N/A ☐
CELO	SI ☐ NO ☐ N/A ☐	FECHA:		T: <u>38</u> FC: <u>90</u> FR: <u>62</u> TLIC: <u>12</u>	

HISTORIA DEL PACIENTE	
------------------------------	--

ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	<u>NO</u>		NO	<u>NO</u>
	RABIA	SI ☐ NO ☒		RABIA	SI ☐ NO ☐
	OTRA	SI ☐ NO ☐		OTRA	SI ☐ NO ☐
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐
--------------	---	---------	---

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	<u>1 2 3 4 5</u>
-------------	---	---------------------	------------------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	<u>N/A</u>	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	<u>N/A</u>
Conjuntival:	<u>N/A</u>	3. OÍDOS:	<u>N/A</u>	8. NERVIOSO:	<u>N/A</u>
Oral:	<u>N/A</u>	4. NODOS LINFÁTICOS:	<u>N/A</u>	9. CARDIOVASCULAR:	<u>N/A</u>
Vulvar/Preputial:	<u>N/A</u>	5. PIEL Y ANEXOS:	<u>N/A</u>	10. RESPIRATORIO:	<u>N/A</u>
Rectal:	<u>N/A</u>	6. LOCOMOTOR:	<u>N/A</u>	11. DIGESTIVO:	<u>N/A</u>

PARACLÍNICOS	
NO: ☐	SI: ☐ Cuales: ☐

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA: ☐	ORQUIECTOMÍA: ☐
---------------------------	---	--

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
<u>Bianor</u>	<u>2 1/2</u>	<u>0.8</u>	<u>IM</u>	<u>1 vez</u>	<u>15 min</u>
<u>Restamun</u>	<u>5 1/2</u>	<u>8</u>	<u>IV</u>	<u>1 vez</u>	<u>3-8 min</u>
<u>Proppa</u>	<u>1 1/2</u>	<u>5</u>	<u>IV</u>	<u>1-2 veces</u>	<u>3-8 min</u>

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin
NOMBRE: 33526
I.P.: 33526

176
35
746

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: SONIA **ESPECIE:** ☒ Canino ☐ Felino **GÉNERO:** ☐ Macho ☒ Hembra

Yo Alvaro TAFUR identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 17161603 de la ciudad de BOGOTÁ radicado en el municipio de AGUAZUL en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: SONIA Raza: CHOLA Color: CAFE

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solícite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

[Firma]
17161603

Alejandro Holguin

CANNO 177-352
748

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Rocky ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino GÉNERO: ☒ Macho ☐ Hembra

Yo Jackeline Ardena identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 33646205 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ y gato ☐ de Nombre: Rocky Raza: Pinscher Color: Negro fuego

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 20

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Jackeline Ardena Urbina

Alejandro Holguin



Alcaldía de
Aguazul

FORMATO



CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Abril **ESPECIE:** ☒ Canino ☐ Felino **GÉNERO:** ☐ Macho ☒ Hembra
 Yo Yenifer Obaya identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 100492104 de la ciudad de ESPINAL radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO
RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: Abril Raza: Ciulla
 Color: Paro

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso,

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

Yenifer Obaya
100492104

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin



HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2024	Historia Clínica N° 178	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	YENIFER OLIVERA	IDENTIFICACIÓN:	1057492109
DIRECCIÓN:	San José del Boboy	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN:	EDULISTA	TELÉFONO:	322 6697510

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Abriel	ESPECIE:	Canina	RAZA:	Cholla
COLOR:	Pardo	GÉNERO:	HEMIBL	EDAD:	3 Años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T: 39 FC: 90 FR: 30 TLIC: 22	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI NO		NO	SI NO
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo		ACTITUD	Alerta Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:		7. MUSCULOESQUELÉTICO:	
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albendazol	2%	0.8	1/1	1 vez	15 min
Metronidazol	5%	5	1/1	1 vez	2-8 min
Propofol	1%	5	1/1	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin
NOMBRE:
T.P.: 33526

Pero 179
751

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: laty ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino GÉNERO: ☐ Macho ☒ Hembra

Yo HERMENEGILDO GONZALEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 24.226.143 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ y gato ☐ de Nombre: laty Raza: crucio Color: NEGRO-ROJO

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Hermenegildo Gonzalez

Alejandro Holguin

Barro Def 356 752

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2014	Historia Clínica N° 179	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Hermencia Conde		IDENTIFICACIÓN:	24206143	
DIRECCIÓN:	Carra 12-20-06		ESTRATO SOCIAL:	2	
LABOR/PROFESIÓN	Ana de Gae		TELÉFONO:	3115124644	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Lady	ESPECIE:	Perro	RAZA:	Grigio
COLOR:	negro	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	8 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A X
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T: 38 FC: 90 FR: 35 TLIC: 27	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI NO		NO	SI NO
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo	ACTITUD	Alerta Deprimido
--------------	-------------------------	---------	------------------

ALOJAMIENTO	Casa: Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
ibuprofeno	2 gr.	0.6	1-2	1 vez	15 min
ibuprofeno	5 gr.	6	1-2	1 vez	25 min
ibuprofeno	1 gr.	2	1-2	1-2 veces	35 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holgun
NOMBRE:
T.P.: 33596

Paso 180
 357
 753

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: <u>NINA</u>	ESPECIE: <u>Canino</u>	Felino	GÉNERO: <u>Macbo</u> <u>Hembra</u>
Yo <u>Leandro Benel</u> identificado(a) con cédula de ciudadanía N° <u>1002727742</u> de la ciudad de <u>Aguazul</u> radicado en el municipio de <u>Aguazul</u> en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro <u>Y gato</u> de Nombre: <u>NINA</u> Raza: <u>PUSCHER</u> Color: <u>NEGRO</u> <u>FUEGO</u>			

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médico veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

[Firma]

Alejandro Holguin

1500
530
754

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día <u>23</u>	Mes <u>4</u>	Año <u>24</u>	Historia Clínica N° <u>180</u>	MUNICIPIO <u>Aguazul</u>
--------	------------------	-----------------	------------------	-----------------------------------	-----------------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	<u>Jessiane Bernal</u>		IDENTIFICACIÓN:	<u>1002727742</u>	
DIRECCIÓN:	<u>calle 13 1-11</u>		ESTRATO SOCIAL:	<u>1</u>	
LABOR/PROFESIÓN	<u>Amra de corte</u>		TELÉFONO:	<u>3203714668</u>	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	<u>MUNA</u>	ESPECIE:	<u>Canino</u>	RAZA:	<u>Piscater</u>
COLOR:	<u>NEGRO-NEGRO</u>	GÉNERO:	<u>Hembra</u>	EDAD:	<u>2 años</u>
PESO:		DESPARASITACIÓN	<u>SI</u> <u>NO</u>	PARTOS:	<u>SI</u> <u>NO</u> <u>N/A</u>
CELO	<u>SI</u> <u>NO</u> <u>N/A</u>	FECHA:		T°:	
				FC:	
				FR:	
				TLC:	

HISTORIA DEL PACIENTE					
------------------------------	--	--	--	--	--

ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	<u>SI</u> <u>NO</u>		RABIA	<u>SI</u> <u>NO</u>
	OTRA	<u>SI</u> <u>NO</u>		OTRA	<u>SI</u> <u>NO</u>
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil <u> </u> Nervioso <u> </u> Agresivo <u> </u>	ACTITUD	Alerta <u> </u> Deprimido <u> </u>
--------------	---	---------	--

ALOJAMIENTO	Casa: <u> </u> Finca: <u> </u> Apartamento: <u> </u>	CONDICIÓN CORPORAL:	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS					
------------------	--	--	--	--	--

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	<u>N</u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	<u>N</u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
Conjuntival:	<u>N</u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	3. OÍDOS:	<u>N</u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	8. NERVIOSO:	<u>N</u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
Oral:	<u>N</u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	4. NODOS LINFÁTICOS:	<u>N</u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	9. CARDIOVASCULAR:	<u>N</u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
Vulvar/ Preputial:	<u>N</u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	5. PIEL Y ANEXOS:	<u>N</u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	10. RESPIRATORIO:	<u>N</u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
Rectal:	<u>N</u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	6. LOCOMOTOR:	<u>N</u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	11. DIGESTIVO:	<u>N</u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>

PARACLÍNICOS					
NO:		SI:		Cuales:	

OBSERVACIONES:					
-----------------------	--	--	--	--	--

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
<u>Albunin</u>	<u>2 y.</u>	<u>0.7</u>	<u>IV</u>	<u>1 vez</u>	<u>15 mn</u>
<u>ketamin</u>	<u>5 y.</u>	<u>5</u>	<u>IV</u>	<u>1 vez</u>	<u>3-8 m</u>
<u>propofol</u>	<u>1 y.</u>			<u>1-2 veces</u>	<u>3-8 m</u>

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin
NOMBRE: 33526
T. P.:



FORMATO No 1



HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 181	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL GUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE

NOMBRE:	Cindy Tmgy	IDENTIFICACIÓN:	1006430069
DIRECCIÓN:	Cra 9A # 21-05	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN	Trabaja en casa	TELÉFONO:	322 759 4674

RESEÑA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Fura	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Cholla
COLOR:	Peluda	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	5 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 37 FC: 90 FR: 62 TLLC:		

HISTORIA DEL PACIENTE

ESTADO DE VACUNACIÓN

VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI		NO	SI
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil Nervioso ☒ Agresivo	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido
--------------	---	---------	--

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS

EXAMEN CLÍNICO

SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N ☒ A
Conjuntival:	N ☒ A	3. OÍDOS:	N ☒ A	8. NERVIOSO:	N ☒ A
Oral:	N ☒ A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N ☒ A	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A
Vulvar/Prepucial:	N ☒ A	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A
Rectal:	N ☒ A	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A	11. DIGESTIVO:	N ☒ A

PARACLÍNICOS

NO:	SI:	Cuales:
-----	-----	---------

OBSERVACIONES:

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

OVARIOHISTERECTOMÍA:

ORQUIECTOMÍA:

MEDICACIÓN

MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Kilacina	2 y.	0.6	1 y	1 vez	15 min
ketanar	5 y.	6	1 y	1 vez	3-5 min
PROPSU	1 y.	3	1 y	1-2 veces	3-5 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T.P.:

Alejandro Holguin
33526



Alcaldía de
Aguazul

FORMATO



CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: KIARA
ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino
 GÉNERO: ☐ Macho ☒ Hembra

Yo Cindy May identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 1006450069 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: KIARA Raza: Cholla

Color: PARCA

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Cindy May
1006450069

Alejandro Holguin

182
36
157

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 182	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	ANDRES COMPELAS	IDENTIFICACIÓN:	9434 117
DIRECCIÓN:	Vda AGUILINDA	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN:	AGRICULTOR	TELÉFONO:	316 3569577

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	CHIPAS	ESPECIE:	COLINA	RAZA:	CHOLU
COLOR:	Amatillo	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	5 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO:	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: FR: TLLC:		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI NO		NO	SI NO
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo		ACTITUD	Alerta Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albimex	2-4	0.8	IM	1 vez	15 mn
Levamisole	5-10	3	IV	1 vez	3-8 mn
Proben	1-1	3	IV	1-2 veces	3-8 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T.P:

Alejandro Holguin
33526



Alcaldía de
Aguazul

FORMATO



CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	<u>Chiquis</u>	ESPECIE:	☒ Canino	☐ Felino	GÉNERO:	☐ Macho	☒ Hembra
------------------	----------------	-----------------	--	---------------------------------	----------------	--------------------------------	--

Yo Andres Contreras, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 9434117 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: Chiquis Raza: Criollo Color: Amarillo

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicita para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

x Andres Contreras G.
9.434.117.

Alejandro Holguin

183
363
159

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: <u>Bolita de Q&S</u>	ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino	GÉNERO: ☒ Macho ☐ Hembra
------------------------------------	---	---

Yo, Andrés Contreras, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 9434117 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: Bolita Q&S Raza: Criolla Color: Negro

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiopulmonar, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Andrés Contreras G.
9.434.117.

Alejandro Holguin



HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

183
364
160

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 183	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Andres Contreras	IDENTIFICACIÓN:	9.434.117
DIRECCIÓN:	Vda Aguazulinda	ESTRATO SOCIAL:	2
LABOR/PROFESIÓN:	Agricultor	TELÉFONO:	3163569527

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	BOLTA DE QUESO	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Chihuahua
COLOR:	NEGR	GÉNERO:	macho	EDAD:	3 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: FC: FR: TLLC:		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI NO		NO	SI NO
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		

TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo	ACTITUD	Alerta Deprimido
--------------	-------------------------	---------	------------------

ALOJAMIENTO	Casa: Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OIDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
ibuprofeno	2 y.	0.5	1/1	1 vez	15 min
ketoprofeno	5 y.	5	1/1	1 vez	2-5 min
paracetamol	1 y.	5	1/1	1-2 veces	2-5 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin
NOMBRE:
T.P.: 33526

184
3/5
167

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: <u>IRIS</u>	ESPECIE: <u>Canino</u>	FELINO: <u>X</u>	GÉNERO: <u>Macho</u>	Hembra: <u>X</u>
-----------------------	------------------------	------------------	----------------------	------------------

Yo Andres Contreras identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 9.934.117 de la ciudad de Yopal radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro gato de Nombre: IRIS Raza: Blanco Color: Blanco

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

x. Andres Contreras G
9.934.117

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin



HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 184	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Andres Contreras		IDENTIFICACIÓN:	9.434.117	
DIRECCIÓN:	Vda. Aguazul		ESTRATO SOCIAL:	2	
LABOR/PROFESIÓN	Agricultor		TÉLEFONO:	3163569524	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	IPIS	ESPECIE:	felino	RAZA:	gato
COLOR:	Blanco	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	1 año
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: FC: FR: TLLC:		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil Nervioso ☒ Agresivo	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido
--------------	---	---------	--

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 ☒ 4 5
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N/A
Conjuntiva:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2 y.	0.7	IM	1 vez	15 min
Ketamina	5 y.	2	IV	1 vez	3-8 min
Propofol	1 y.	2	IV	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

Alejandro Holguin

NOMBRE:

T. P:

33526

184
300
762



Alcaldía de
Aguazul

FORMATO



CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: LA TUEBTA **ESPECIE:** Canino **GÉNERO:** Macho ☒ Hembra

Yo Andrés Contreras identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 9434117 de la ciudad de Yagui radicado en el municipio de Aguazul en calidad de **CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO**

RESPONSABLE del perro X gato X de Nombre: LA TUEBTA Raza: CRILLA

Color: GRIS

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Andrés Contreras G.
9.434.117

Alejandro Holguin



FORMATO No 1



HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 185	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Andrés Portales		IDENTIFICACIÓN:	9.434.112	
DIRECCIÓN:	Cda. Aguilera		ESTRATO SOCIAL:	2	
LABOR/PROFESIÓN	Agricultor		TELÉFONO:	3163569522	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	LA PERLA	ESPECIE:	Perro	RAZA:	Chihuahua
COLOR:	GRIS	GÉNERO:	hembra	EDAD:	1 año
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T: 39 FC: 92 FR: 30 TLIC: 22	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	6
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO X
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil Nervioso X Agresivo		ACTITUD	Alerta X Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: 1 Finca: X Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	-------------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N X A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N X A
Conjuntival:	N X A	3. OÍDOS:	N X A	8. NERVIOSO:	N X A
Oral:	N X A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N X A	9. CARDIOVASCULAR:	N X A
Vulvar/Preputial:	N X A	5. PIEL Y ANEXOS:	N X A	10. RESPIRATORIO:	N X A
Rectal:	N X A	6. LOCOMOTOR:	N X A	11. DIGESTIVO:	N X A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Kilacum	2%	0.9	IM	1 vez	15 mn
Ketamine	5%	7	IV	1 vez	3-5 mn
Propofol	1%	4	IV	1-2 veces	3-5 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T.P.:

Alejandro Hidalgo

33526

185
358
764

Pero 186
239
165

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Mancitas ESPECIE: Canino Y GÉNERO: Macho X Hembra

Yo lot mesa identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 40028189 de la ciudad de Tuma radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro gato de Nombre: Mancitas Raza: caolito

Color: patado

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médico veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

lot mesa

Alejandro Holguin

186
370
166

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 186	MUNICIPIO
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	-----------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Mónica / la nota	IDENTIFICACIÓN:	40623189
DIRECCIÓN:	Calle 21 # 19-32	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN:	Año doce	TELÉFONO:	314.467 7054

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Ingehel	ESPECIE:	Canina	RAZA:	Walla
COLOR:	Pinto	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	2 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO:	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 90 FR: 30 TLLC: 2L		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI		NO	SI
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo	ACTITUD	Alerta Deprimido
--------------	-------------------------	---------	------------------

ALOJAMIENTO	Casa: Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2.5%	0.8	IM	1 x 6	15 m
Ketamina	5%	8	IV	1 x 6	3-5 m
Propofol	1%	5	IV	7-3 1 x 6	3-5 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holguin

NOMBRE: _____

T.P: 33576

187
321
167

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2024	Historia Clínica N° 187	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Maribel Torres		IDENTIFICACIÓN:	33646051	
DIRECCIÓN:	C/ 9 #ra 4A-06		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN:	Independiente		TELÉFONO:	3114956475	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	GRS	ESPECIE:	Felino	RAZA:	Chillico
COLOR:	GRS	GÉNERO:	macho	EDAD:	1 año
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 90 FR: 30 TLLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	X
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO X
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO		Docil Nervioso X Agresivo	ACTITUD		Alerta X Deprimido

ALOJAMIENTO	Casa: Finca: X Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 X 4 5
-------------	-----------------------------	---------------------	-------------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N X A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N X A
Conjuntival:	N X A	3. OIDOS:	N X A	8. NERVIOSO:	N X A
Oral:	N X A	4. NODOS LINFATICOS:	N X A	9. CARDIOVASCULAR:	N X A
Vulvar/ Prepucial:	N X A	5. PIEL Y ANEXOS:	N X A	10. RESPIRATORIO:	N X A
Rectal:	N X A	6. LOCOMOTOR:	N X A	11. DIGESTIVO:	N X A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xibetam	2 y.	0.5	17	1 c.e.t	15 min
ketamin	5 y.	5	10	1 c.e.t	3-8 min
propofol	1 y.	5	10	1-2 c.e.t	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T. P:

Alejandro Holgu
33526

187
322
168

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: <u>CRIS</u>	ESPECIE: <u>Canino</u>	Felino: ☒	GÉNERO: <u>Macho</u>	Hembra: ☐
-----------------------	------------------------	---	----------------------	----------------------------------

Yo Maribel Torres, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 33646051 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: CRIS Raza: CRIS Color: GRIS

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Maribel Torres Vargas
CC-33646051

Alejandro Holguin

188
323
169

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2024	Historia Clínica N° 188	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	JOSE MENDOZA		IDENTIFICACIÓN:	9.654 042	
DIRECCIÓN:	Cra. 11 # 12-64		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN:	Independiente		TELÉFONO:	3124518216	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	LUNA	ESPECIE:	Felino	RAZA:	Mi. 1/2 R
COLOR:	Amarillo	GÉNERO:	hembra	EDAD:	3 AÑOS
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	1 SI NO N/A
CELO:	SI NO N/A	FECHA:		T: 38 FC: 90 FR: 30 TLLC: 21	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	X
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO X
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil Nervioso X Agresivo		ACTITUD	Alerta X Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: X Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 X 4 5
-------------	-----------------------------	---------------------	-------------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N X A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N X A
Conjuntival:	N X A	3. OIDOS:	N X A	8. NERVIOSO:	N X A
Oral:	N X A	4. NODOS LINFATICOS:	N X A	9. CARDIOVASCULAR:	N X A
Vulvar/Preputial:	N X A	5. PIEL Y ANEXOS:	N X A	10. RESPIRATORIO:	N X A
Rectal:	N X A	6. LOCOMOTOR:	N X A	11. DIGESTIVO:	N X A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xylacina	2 y.	0.8	IM	1 vez	15 min
Ketamina	5 y.	8	IV	1 vez	3-8 min
Propofol	1 +	5	IV	1-2 veces	3-8 m

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T.P.:

Alejandro Holguin
33526

188
379
170

	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: LUNA ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino GÉNERO: ☐ Macho ☒ Hembra

Yo Jose Mendoza identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 9.654.042 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: LUNA Raza: Crosta Color: Amarillo

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Jose Benjamin Mendoza
9.654.042

Alejandro Holgun

189
325
171

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	<input type="text" value="Yallo"/>	ESPECIE:	☒ Canino ☐ Felino	GÉNERO:	☐ Macho ☒ Hembra
------------------	------------------------------------	-----------------	--	----------------	---

Yo, Lilia Chaves, identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 33647111 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: Yallo Raza: Blanco Café Color: Blanco Café

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicita para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Lilia Chaves Guerra
33647111

Alejandro Holguin

Pero 109
370
772

	<p>FORMATO No 1</p>	
<p>HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS</p>		

Fecha:	Día	Mes	Año	Historia Clínica N°	MUNICIPIO
	23	11	24	109	Aguazul

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Ilka Cruz	IDENTIFICACIÓN:	3364711.
DIRECCIÓN:	Calle 7a 7-60.	ESTRATO SOCIAL:	2
LABOR/PROFESIÓN:	Profesora	TELÉFONO:	3125498054

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Milo	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Pitbull
COLOR:	Ojos Negro	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	3 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO:	SI NO N/A	FECHA:		T:	
		FC:		FR:	
		FR:		TLLC:	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo	ACTITUD	Alerta Deprimido

ALOJAMIENTO	Casa: Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIO-HISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	-----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilgamm	2 y.	0.9	IM	1 vez	15 min
Ketamin	5 y.	9	IV	1 vez	3-8 min
Propofol	1 y.	6	IV	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Holoan
NOMBRE:
T.P.: 33526



**Alcaldía de
Aguazul**

FORMATO



CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	WNA	ESPECIE:	Canino ☒	Felino ☐	GÉNERO:	Macho ☐ Hembra ☒
Yo <u>Sonia Flores</u> identificado(a) con cédula de ciudadanía N° <u>47427418</u> de la ciudad de <u>Aguazul</u> radicado en el municipio de <u>Aguazul</u> en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO						
RESPONSABLE del perro ☐ gato ☐ de Nombre: <u>WNA</u> Raza: <u></u>						
Color: <u></u>						

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicita para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2021

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Sonia Flores T.
47427418

Alejandro Holguin

190
378
774

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2014	Historia Clínica N° 190	MUNICIPIO AGUAZUL
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	SONIA Flores		IDENTIFICACIÓN:	47 927 418	
DIRECCIÓN:	Cra 19A # 22-05		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN:			TELÉFONO:	314 261 07 95.	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	WNA	ESPECIE:	Canina	RAZA:	Chilla
COLOR:	NEGRO.	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	4 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO ☒ N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 40 FR: 30 TLLC: 21		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	<u>Y</u>		NO	
	RABIA	SI NO ☒		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		

TEMPERAMENTO	Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☐ Deprimido ☐
--------------	---	---------	--

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 ☒ 4 5
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Salicilato	2 y.	0.8	1 y	1 vez	15 min
Ketoprofeno	5 y.	8	1 y	1 vez	3-8 mn
propofol	1 y.	5	1 y	1-2 veces	3-8 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T.P.:

Alejandro Holguin
33526



FORMATO No 1



HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2014	Historia Clínica N° 191	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Laura Galindo	IDENTIFICACIÓN:	1007491563		
DIRECCIÓN:	Ch 5 # 3-40	ESTRATO SOCIAL:			
LABOR/PROFESIÓN:	Am de casa	TELÉFONO:	3118312064		

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Laura	ESPECIE:	CANINA	RAZA:	CROLLA
COLOR:	NEGR	GÉNERO:	HEMICA	EDAD:	
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO:	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 40 FR: 30 TLLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI NO		NO	SI NO
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo	ACTITUD	Alerta Deprimido
--------------	-------------------------	---------	------------------

ALOJAMIENTO	Casa: 2 Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	-----------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N 2A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N 2A
Conjuntival:	N 2A	3. OÍDOS:	N 2A	8. NERVIOSO:	N 2A
Oral:	N 2A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N 2A	9. CARDIOVASCULAR:	N 2A
Vulvar/Preputial:	N 2A	5. PIEL Y ANEXOS:	N 2A	10. RESPIRATORIO:	N 2A
Rectal:	N 2A	6. LOCOMOTOR:	N 2A	11. DIGESTIVO:	N 2A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xanax	2.5	0.5	1.5	1 vez	15 min
Ketamin	5.5	0.5	1.5	1 vez	3-5 min
Propofol	1.5	5	1.5	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T.P.:

Alejandro Holguin

33526

262
191
371
175



162
164
380
176

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: KIARA ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino GÉNERO: ☐ Macho ☒ Hembra

Yo KIARA GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1007491563 de la ciudad de Popayán radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: KIARA Raza: Negra

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solícite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024.

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

X Daniela G.

Alejandro Holguin

192
50
177

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 192	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Anabela (Babu)		IDENTIFICACIÓN:	33646792	
DIRECCIÓN:	Calle 12 # 8-52		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN:	Técnica		TELÉFONO:	3154997980	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Buoy	ESPECIE:	canino	RAZA:	PSCHELO
COLOR:	(Hocote)	GÉNERO:	macho	EDAD:	4
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI ☒ NO ☐	PARTOS:	SI ☐ NO ☒ N/A ☒
CELO	SI ☐ NO ☒ N/A ☒	FECHA:	T: ☐ FC: ☐ FR: ☐ TLLC: ☐		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	☒		NO	☐
	RABIA	SI ☒ NO ☐		RABIA	SI ☐ NO ☐
	OTRA	SI ☐ NO ☐		OTRA	SI ☐ NO ☐
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil ☐ Nervioso ☒ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐
--------------	---	---------	---

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A ☐	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N ☒ A ☐
Conjuntival:	N ☒ A ☐	3. OÍDOS:	N ☒ A ☐	8. NERVIOSO:	N ☒ A ☐
Oral:	N ☒ A ☐	4. NODOS LINFÁTICOS:	N ☒ A ☐	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A ☐
Vulvar/ Preputial:	N ☒ A ☐	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A ☐	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A ☐
Rectal:	N ☒ A ☐	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A ☐	11. DIGESTIVO:	N ☒ A ☐

PARACLÍNICOS	
NO: ☐	SI: ☐ Cuales: <input type="text"/>

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Alagena	2 y.	0.5	IM	1 vez	15 mn
Ketan	5 y.	5	IV	1 vez	3-8 mn
Propofol	1 y.	5	IV	1-2 veces	3-8 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T.P.:

Alejandro Holguin
33526



Alcaldía de
Aguazul

FORMATO



CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

192
30
778

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: <u>BODY</u>	ESPECIE:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Canino Felino </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> ☒ </div>	GÉNERO:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Macho Hembra </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> ☒ </div>
------------------------------	-----------------	---	----------------	--

Yo Angelica BAGE identificada(a) con cédula de ciudadanía N° 83646292 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: BODY Raza: PASCELO Color: chocolate

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médico veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

[Firma]
33 646 292

Alejandro Holguin

CANINA 193
255
779

Alcaldía de Aguazul	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 193	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Angela Izabe	IDENTIFICACIÓN:	33646292
DIRECCIÓN:	Calle 12 # 6-57	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN:	TECNIC	TELÉFONO:	213 409 7980

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	PROBLE	ESPECIE:	canino	RAZA:	Schneider
COLOR:	GRN	GÉNERO:	macho	EDAD:	1 1/2
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO:	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 90 FR: 30 TLIC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI NO		NO	SI NO
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo	ACTITUD	Alerta Deprimido
--------------	-------------------------	---------	------------------

ALOJAMIENTO	Casa: Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2.5	0.5	IM	1 vez	15 mn
ketalar	5.0	5	IV	1 vez	3-5 mn
propofol	1.0	5	IV	1-2 veces	3-5 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T.P.:

Alejandro Holgun
33526

Perd 193
304
780

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: FIRVAL **ESPECIE:** Canino **GÉNERO:** Macho

Yo Angela Bae identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 33646292 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro y gato de Nombre: FIRVAL Raza: SCHNAUZER Color: GRIS

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicita para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

[Firma]
33646292

Alejandro Holguin

DAY
385
187

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 194	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Rafael Ferrero		IDENTIFICACIÓN:	11654108.	
DIRECCIÓN:	Calle 1a 1a-12		ESTRATO SOCIAL:	12	
LABOR/PROFESIÓN:	Estudiante		TELÉFONO:	3202430013	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Miguelito	ESPECIE:	CANIS	RAZA:	Cholo.
COLOR:	Patada	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	10 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO YNA
CELO:	SI NO N/A	FECHA:	T: 37 FC: 90 FR: 32 TLLC: 12		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI		NO	SI
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo		ACTITUD	Alerta Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albim	2 y.	0.7	IM	1 vez	15 min
ketan	5 y.	2	IV	1 vez	3-5 min
propofol	1 y.	4	IV	1-2 veces	3-5 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T.P.:

Alejandro Holguin
33526

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Molly Belka ESPECIE: Canino X Felino GÉNERO: Macho Hembra X

Yo Roder Roder identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1116549105 de la ciudad de Tene radicado en el municipio de Azuero en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: Melchor Raza: Orlito Color: tame - pinto

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 4 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:**FIRMA MÉDICO VETERINARIO:**

9 Robert Roper.

Alejandro Holguin

125
230
783

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Guardian ESPECIE: ☒ Canino ☐ Felino GÉNERO: ☒ Macho ☐ Hembra

Yo YENI TOBAR identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 1116550484 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: Guardian Raza: Catillo Color: Amarillo

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Yeni Tobar
cc 1116550484.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

195
1200
184

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 29	Historia Clínica N° 195	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Yen Tobac		IDENTIFICACIÓN:	1176550484	
DIRECCIÓN:	Cra 33 # 9-57		ESTRATO SOCIAL:	312	
LABOR/PROFESIÓN	Ama de Casa		TELÉFONO:	2192877	

RESERVA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Guardian	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Chow Chow
COLOR:	amarillo	GÉNERO:	macho	EDAD:	11 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T:	
				FC:	
				FR:	
				TLC:	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo	ACTITUD	Alerta Deprimido
--------------	-------------------------	---------	------------------

ALOJAMIENTO	Casa: Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OIDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIO-HISTERECTOMIA:	ORQUIECTOMIA:
---------------------------	-----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xanax	2 y.	0.8	17	1 vez	15 min
Ketamin	5 y.	8	17	1 vez	3-8 min
Propofol	1 y.	5	17	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T.P.:

Alejandro Holguin
33526

196
350
185

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día	Mes	Año	Historia Clínica N°	MUNICIPIO
	23	Nov	24	196	Aguazul

DATOS DEL GUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Carolina Jeter	IDENTIFICACIÓN:	1116346021
DIRECCIÓN:	Cra 2A # 6-30	ESTRATO SOCIAL:	2
LABOR/PROFESIÓN:	Empleada	TELÉFONO:	3222187094

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Rita	ESPECIE:	Canino	RAZA:	Criolla
COLOR:	Amarilla	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	1 1/2
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO:	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 962 FR: 30 TLLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI NO		NO	SI NO
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☐ Deprimido ☐
--------------	---	---------	--

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OIDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFATICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albendazol	240	0.8	IM	1 vez	15 min
Betametazona	540	5	IV	1 vez	3-8 min
Propofol	140	5	IV	1-2 veces	3-5 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T.P:

Alejandro Hogen
33526

196
370
186

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	<u>POA</u>	ESPECIE:	☒ Canino ☐ Felino	GÉNERO:	☐ Macho ☒ Hembra
------------------	------------	-----------------	--	----------------	---

Yo MA. CAROLINA SOLER, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1116546021 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: POA Raza: Cristina Color: Blanco / Amarillo

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

X Maria Carolina Soler
1116546021

Alejandro Holguin

T.P.

Alejandro Holguin
33526

497
390
188

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: CANIH R ESPECIE: Canino X Felino GÉNERO: Macho X Hembra

Yo Rosalba Rodriguez identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 46369532 de la ciudad de Socorro radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro X gato de Nombre: CANIH R Raza: Mixta Color: Amarillo

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 22 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Rosalba Rodriguez
46 369 532

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

188
363
189

	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Cloe **ESPECIE:** Canino **Felino:** ☒ **GÉNERO:** Macho ☒ Hembra

Yo Sebastián Rojas, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1005136988 de la ciudad de Aguazul, radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: Cloe Raza: Blanco Pardo
Color: Blanco Pardo

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

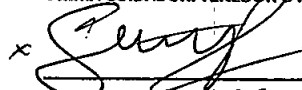
Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

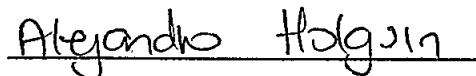
Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 22 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:


1005136988

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:



198
294
790

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 22	Mes 11	Año 20	Historia Clínica N° 198	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Sebastian Rojas		IDENTIFICACIÓN:	1005136988	
DIRECCIÓN:	Calle 17 # 418-16		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN	Empleado		TELÉFONO:	3125823876	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Olse	ESPECIE:	Felino	RAZA:	Cholla
COLOR:	Blanca / Pardo	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	8 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO LNA
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T:	
		FC:		FR:	
		TLC:			

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	6
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO 6
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐		ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 ☒ 4 5
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N 6 A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N 6 A
Conjuntival:	N 6 A	3. OIDOS:	N 6 A	8. NERVIOSO:	N 6 A
Oral:	N 6 A	4. NODOS LINFATICOS:	N 6 A	9. CARDIOVASCULAR:	N 6 A
Vulvar/ Preputial:	N 6 A	5. PIEL Y ANEXOS:	N 6 A	10. RESPIRATORIO:	N 6 A
Rectal:	N 6 A	6. LOCOMOTOR:	N 6 A	11. DIGESTIVO:	N 6 A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Valeriana	2 %	0.7	IM	1 vez	15 min
Ketamina	5 %	7	IV	1 vez	3-8 min
Propofol	1 %	9	IV	1-2 veces	3-8 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T. P.:

Alejandro Holguin
33526

109
255
797

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Gaby ESPECIE: Canino Felino ☒ GÉNERO: Macho Hembra ☒

Yo Maria Lusa Mora identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 24.228.687 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO

RESPONSABLE del perro gato de Nombre: GABY Raza: Criolla

Color: Amarillo

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médico veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 22 del mes Nov del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Maria Lusa Mora
24228.687A-

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

200-
199
200
792

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 23	Mes Nov	Año 2024	Historia Clínica N° 199	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	------------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Maria Luisa Hoya		IDENTIFICACIÓN:	24-228-687.	
DIRECCIÓN:	Calle # 31 - 94		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN	Empleada		TELÉFONO:	322 703 95 84	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Gaby		ESPECIE:	Felino	
COLOR:	Amarillo		GÉNERO:	Hembra	
PESO:			DESPARASITACIÓN	SI	NO
CELO	SI	NO	FECHA:	T:	FC:
				FR:	TLC:

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO		Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐		ACTITUD	
				Alerta ☒ Deprimido ☐	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 ☒ 4 5
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N ☒ A
Conjuntival:	N ☒ A	3. OÍDOS:	N ☒ A	8. NERVIOSO:	N ☒ A
Oral:	N ☒ A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N ☒ A	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A
Vulvar/Preputial:	N ☒ A	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A
Rectal:	N ☒ A	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A	11. DIGESTIVO:	N ☒ A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilaxina	2.5	0.5	IM	1 vez	15 mn
Ketamina	5.0	8	IV	1 vez	3-8 mn
Propofol	1.0	5	IV	1-2 veces	3-8 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T.P.:

Alejandro Holguin
33526

200
367
193

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Mindy ESPECIE: Canino Felino ☒ GÉNERO: Macho Hembra ☒

Yo Maria Luisa Hoya, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 24228687 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro gato de Nombre: Mindy Raza: Blanco

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Maria Luisa Hoya
24228687A

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

200
25/6
194

	FORMATO No 1				
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS				

Fecha:	Día 22	Mes Nov	Año 2024	Historia Clínica N° 200	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	------------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Maria Lisa Moya	IDENTIFICACIÓN:	24.228.682
DIRECCIÓN:	Cll 9A # 31-9A	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN:	Empleada	TELÉFONO:	322 703 95 84

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Minni	ESPECIE:	Felino	RAZA:	Collie
COLOR:	Blanco / Gris	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	6 meses
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO ☒ N/A	FECHA:	T: FC: FR: TLIC:		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	☒
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO ☒
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil ☒ Nervioso Agresivo		ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: ☒ Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 ☒ 4 5
-------------	---	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N ☒ A
Conjuntival:	N ☒ A	3. OÍDOS:	N ☒ A	8. NERVIOSO:	N ☒ A
Oral:	N ☒ A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N ☒ A	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A
Vulvar/ Preputial:	N ☒ A	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A
Rectal:	N ☒ A	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A	11. DIGESTIVO:	N ☒ A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albendazole	250 mg	0.8	19	1 vez	15 min
Levamisole	500 mg	5	19	1 vez	2-3 min
Propranolol	10 mg	5	19	1 2 veces	3-5 min

FIRMA: Diego Holguin
 NOMBRE: _____
 T.P.: 33526

20
311
195

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Paro ESPECIE: Canino Felino GÉNERO: Macho Hembra

Yo Alvaro Tañer, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 17161603, de la ciudad de Bogotá, radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro gato X de Nombre: Paro Raza: Arioso Color: Paro

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPREENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

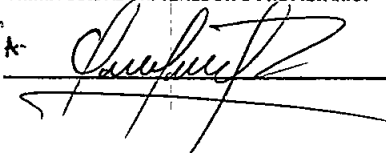
Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

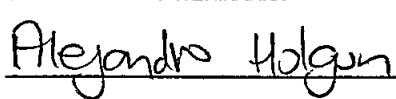
Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 13 del mes Nov del año 2024

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:



FIRMA MÉDICO VETERINARIO:



801
400
796

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 201	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Alvaro Tapia	IDENTIFICACIÓN:	17161603
DIRECCIÓN:	Cra 2 # 4-05	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN:	-	TELÉFONO:	322 810 3562

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Pardo	ESPECIE:	Felino	RAZA:	Golla
COLOR:	Pardo	GÉNERO:	Macho	EDAD:	6 MESES.
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO:	SI NO N/A	FECHA:	T: 37 FC: 40 FR: 30 TLLC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	☒
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil ☐ Nervioso ☐ Agresivo ☐	ACTITUD	Alerta ☒ Deprimido ☐
--------------	--	---------	---

ALOJAMIENTO	Casa: ☐ Finca: ☐ Apartamento: ☐	CONDICIÓN CORPORAL:	1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5 ☐
-------------	--	---------------------	---

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUJOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N ☒ A
Conjuntival:	N ☒ A	3. OIDOS:	N ☒ A	8. NERVIOSO:	N ☒ A
Oral:	N ☒ A	4. NODOS LINFATICOS:	N ☒ A	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A
Vulvar/ Preputial:	N ☒ A	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A
Rectal:	N ☒ A	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A	11. DIGESTIVO:	N ☒ A

PARACLÍNICOS	
NO: ☐	SI: ☐ Cuales: <input type="text"/>

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Algunas	27.	27	17	1 vez	15 m
Potasa	37.	2	17	1 vez	3-8 m
Propofol	17.	4	17	1-2 veces	3-8 m

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Diego H. H. H.

NOMBRE: 33526

T.P.:

202
401
197

	FORMATO No 1		
	HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 202	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Pala Gonzalez		IDENTIFICACIÓN:	1116.553.966	
DIRECCIÓN:	Vda. Pto. Ch. Githo		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN:	Apicultores		TELÉFONO:	3012923401	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Manchas	ESPECIE:	Perro	RAZA:	Criolla
COLOR:	Paro	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	1-2/12
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:	T: 38 FC: 40 FR: 30 TLIC: 22		

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	X
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO X
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil Nervioso X Agresivo		ACTITUD	Alerta X Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: Finca: X Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 X 4 5
-------------	-----------------------------	---------------------	-------------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N X A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N X A
Conjuntival:	N X A	3. OIDOS:	N X A	8. NERVIOSO:	N X A
Oral:	N X A	4. NODOS LINFATICOS:	N X A	9. CARDIOVASCULAR:	N X A
Vulvar/ Preputial:	N X A	5. PIEL Y ANEXOS:	N X A	10. RESPIRATORIO:	N X A
Rectal:	N X A	6. LOCOMOTOR:	N X A	11. DIGESTIVO:	N X A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMIA:	ORQUIECTOMIA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Algenon	2 %	0.5	1-2	1 vez	15 mn
Ketanar	5 %	8	1-2	1 vez	3-8 mn
Propofol	1 %	2	1-2	1-2 veces	3-8 mn

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T. P:

Alejandro Holgun
33526

202
402
198

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: <u>Manchas</u>	ESPECIE: <u>Canino</u>	Felino: ☒	GÉNERO: <u>Macho</u>	Hembra: ☒
Yo <u>Paula Contal</u> , identificada(a) con cédula de ciudadanía N° <u>116553966</u> de la ciudad de <u>Aguazul</u> , radicado en el municipio de <u>Aguazul</u> , en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO				
RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: <u>Manchas</u> Raza: <u>Ciulla</u>				
Color: <u>Pardo</u>				

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

Paula Andrea Contal
116553966

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Alejandro Holguin

203
405
199

 Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	<u>ESTRELLA</u>	ESPECIE:	☐ Canino ☒ Felino	GÉNERO:	☐ Macho ☒ Hembra
------------------	-----------------	-----------------	--	----------------	---

Yo Sammy Barrera identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1116552860 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☐ gato ☒ de Nombre: ESTRELLA Raza: Cholita Color: Blanco

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicita para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 22 del mes 11 del año 2024.

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Sammy Rafael Barrera Pope
1116552860

Alejandro Holguin

203
404
200

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 22	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 203	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Sammy. Barbera		IDENTIFICACIÓN:	1116552860	
DIRECCIÓN:	C/ 9 # 14-10		ESTRATO SOCIAL:	1	
LABOR/PROFESIÓN:	Empleado		TELÉFONO:	3208014095	

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	Estrella	ESPECIE:	Perro	RAZA:	Crosta
COLOR:	Blanco	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	2 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	4
CELO:	SI NO X NA	FECHA:		T: 3R	FC: 90
				FR: 30	TLLC: 2L

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	0
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?			CUAL?	
TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo X		ACTITUD	Alerta 0 Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: X Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 X 3 4 5
-------------	-----------------------------	---------------------	-------------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ORGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N X A	7. MUSCULOESQUELETICO:	N X A
Conjuntival:	N X A	3. OÍDOS:	N X A	8. NERVIOSO:	N X A
Oral:	N X A	4. NODOS LINFATICOS:	N X A	9. CARDIOVASCULAR:	N X A
Vulvar/ Preputial:	N X A	5. PIEL Y ANEXOS:	N X A	10. RESPIRATORIO:	N X A
Rectal:	N X A	6. LOCOMOTOR:	N X A	11. DIGESTIVO:	N X A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2%	0.8	IM	1 vez	15 min
Ketana	5%	8	IV	1 vez	3-8 min
Propofol	1%	5	IV	1-2 veces	3-6 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:
NOMBRE:
T.P.:

Alejandro Holguin
33526



**Alcaldía de
Aguazul**

FORMATO



CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

204
405
207

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	LEA	ESPECIE:	Canino	Felino ☒	GÉNERO:	Macho	Hembra ☒
Yo, <u>Samy Rafael Barrera Lopez</u> , identificado(a) con cédula de ciudadanía N° <u>1116552860</u> de la ciudad de <u>Aguazul</u> , radicado en el municipio de <u>Aguazul</u> , en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro <u>gato</u> de Nombre: <u>LEA</u> Raza: <u>Color: Blanca</u>							

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médica veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 22 del mes 11 del año 24

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Samy Rafael Barrera Lopez
1116552860

Alejandro Holguin

204
40
202

	FORMATO No 1	
HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2024	Historia Clínica N° 204	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE					
NOMBRE:	Samy Bañera	IDENTIFICACIÓN:	1116552860		
DIRECCIÓN:	Qu 9 # 14-10	ESTRATO SOCIAL:	1		
LABOR/PROFESIÓN	Empleado	TELÉFONO:	3208014095		

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	LEA	ESPECIE:	Perro	RAZA:	Chow Chow
COLOR:	Blanca	GÉNERO:	Femenino	EDAD:	2 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	1 SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T: 39 FC: 90 FR: 30 TLIC: 21	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO	SI NO		NO	SI NO
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO		Docil ☒ Nervioso ☐ Agresivo ☐		ACTITUD	
				Alerta ☒ Deprimido ☐	
ALOJAMIENTO		Casa: ☐ Finca: ☒ Apartamento: ☐		CONDICIÓN CORPORAL: 1 2 3 ☒ 4 5	

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N ☒ A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N ☒ A
Conjuntival:	N ☒ A	3. OÍDOS:	N ☒ A	8. NERVIOSO:	N ☒ A
Oral:	N ☒ A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N ☒ A	9. CARDIOVASCULAR:	N ☒ A
Vulvar/ Preputial:	N ☒ A	5. PIEL Y ANEXOS:	N ☒ A	10. RESPIRATORIO:	N ☒ A
Rectal:	N ☒ A	6. LOCOMOTOR:	N ☒ A	11. DIGESTIVO:	N ☒ A

PARACLÍNICOS	
NO: ☐	SI: ☐ Cuales: _____
OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Albendazole	0.25	0.8	1m	1 vez	15 min
Metronidazol	500	5	1v	1 vez	30 min
Pravastatina	10	5	1v	1-2 veces	2-5 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alejandro Hidalgo

NOMBRE: _____

I.P.: 33526



Alcaldía de
Aguazul

FORMATO



CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE: Lola **ESPECIE:** Canino **GÉNERO:** ♀ **Macho** ☐ **Hembra** ☒

Yo Edilma Avella identifico(a) con cédula de ciudadanía N° 24.227.830 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: Lola Raza: Agua Color: Agua

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médico veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes prequirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solicite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes Nov del año 2024

FIRMA CUIDADOR. TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Edilma Avella
24 227 830

Alejandro Holgun



FORMATO No 1



HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

Fecha:	Día 23	Mes 11	Año 2024	Historia Clínica N° 205	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-------------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE

NOMBRE:	Edilisa Arellano	IDENTIFICACIÓN:	24.227 830
DIRECCIÓN:	Vda. Atalayor	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN:	Agricultor	TELÉFONO:	3123603632

RESEÑA DEL PACIENTE

NOMBRE:	Lola	ESPECIE:	Perro	RAZA:	-
COLOR:	Tricolor	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	3 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	3
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T: 38 FC: 90 FR: 30 TLLC: 12	

HISTORIA DEL PACIENTE

ESTADO DE VACUNACIÓN

VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO ✓	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO ✓
	CUAL?			CUAL?	

TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo	ACTITUD	Alerta Deprimido
--------------	-------------------------	---------	------------------

ALOJAMIENTO	Casa: Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS

EXAMEN CLÍNICO

SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/ Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS

NO:	SI:	Cuales:
-----	-----	---------

OBSERVACIONES:

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

OVARIOHISTERECTOMÍA:

ORQUIECTOMÍA:

MEDICACIÓN

MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLÓGIA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2%	0.5	1/3	1 vez	15 m
ketamina	5%	8	1/3	1 vez	3-5 m
propofol	1%	5	1/3	1-2 veces	3-5 m

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA:

NOMBRE:

T.P.:

Alejando Holguin

33526

205
400
204



HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROGRAMA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS

Fecha:	Día 22	Mes 11	Año 24	Historia Clínica N° 206	MUNICIPIO Aguazul
--------	-----------	-----------	-----------	----------------------------	----------------------

DATOS DEL CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE			
NOMBRE:	Edilisa Avela	IDENTIFICACIÓN:	24-274-833
DIRECCIÓN:	Vc Atalaya	ESTRATO SOCIAL:	1
LABOR/PROFESIÓN		TELÉFONO:	3123603632

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:	MACHAR	ESPECIE:	Perro	RAZA:	Crdn
COLOR:	Blanco hiel	GÉNERO:	Hembra	EDAD:	9 años
PESO:		DESPARASITACIÓN	SI NO	PARTOS:	SI NO N/A
CELO	SI NO N/A	FECHA:		T: 30 FC: 40 FR: 30 TLC: 22	

HISTORIA DEL PACIENTE					
ESTADO DE VACUNACIÓN					
VACUNACIÓN	PERRO		VACUNACIÓN	GATO	
	NO			NO	
	RABIA	SI NO		RABIA	SI NO
	OTRA	SI NO		OTRA	SI NO
	CUAL?		CUAL?		
TEMPERAMENTO	Docil Nervioso Agresivo		ACTITUD	Alerta Deprimido	

ALOJAMIENTO	Casa: Finca: Apartamento:	CONDICIÓN CORPORAL:	1 2 3 4 5
-------------	---------------------------	---------------------	-----------

ANAMNESIS	

EXAMEN CLÍNICO					
SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN	SISTEMA/ÓRGANO	CONDICIÓN
1. MUCOSAS:		2. OJOS:	N/A	7. MUSCULOESQUELÉTICO:	N/A
Conjuntival:	N/A	3. OÍDOS:	N/A	8. NERVIOSO:	N/A
Oral:	N/A	4. NODOS LINFÁTICOS:	N/A	9. CARDIOVASCULAR:	N/A
Vulvar/Preputial:	N/A	5. PIEL Y ANEXOS:	N/A	10. RESPIRATORIO:	N/A
Rectal:	N/A	6. LOCOMOTOR:	N/A	11. DIGESTIVO:	N/A

PARACLÍNICOS	
NO:	SI: Cuales:

OBSERVACIONES:	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:	OVARIOHISTERECTOMÍA:	ORQUIECTOMÍA:
---------------------------	----------------------	---------------

MEDICACIÓN					
MEDICACIÓN	PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN	POSOLOGÍA (mg/kg)	VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
Xilacina	2.5%	0.8	IV	1 vez	15 min
Ketanar	5%	5	IV	1 vez	3-5 min
Propofol	1%	5	IV	1-2 veces	3-5 min

DATOS MÉDICO VETERINARIO:

FIRMA: Alfonso Holguin
 NOMBRE: 33526
 T.P:

206
470
206

 Alcaldía de Aguazul	FORMATO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO JORNADA CONTROL REPRODUCTIVO DE PERROS Y GATOS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA GENERAL

PACIENTE:	<u>Manchar</u>	ESPECIE:	☐ Canino ☒ Felino	GÉNERO:	☐ Macho ☒ Hembra
------------------	----------------	-----------------	--	----------------	---

Yo Eclisa Arella, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 2422+830 de la ciudad de Aguazul radicado en el municipio de Aguazul, en calidad de CUIDADOR/TENEDOR/PROPIETARIO RESPONSABLE del perro ☒ gato ☐ de Nombre: Manchar Raza: Blanco y Negro
Color: Blanco y Negro

Y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo de forma libre y voluntaria y doy mi consentimiento:

Por medio de este documento, para que el paciente sea objeto de la aplicación de técnicas de manejo que estén al alcance de la ciencia médico veterinaria y realización del procedimiento quirúrgico OVARIOHISTERECTOMÍA / ORQUIECTOMÍA bajo ANESTESIA GENERAL.

DECLARO que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico (shock anafiláctico, paro cardiorrespiratorio, muerte súbita, entre otros)

COMPRENDO Y ACEPTO que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica, pues es una actividad de medio, pero no de resultado (Ley 23 de 1981. Res 1995/99). Ningún procedimiento médico veterinario, ni farmacológico es 100% seguro, ya que pueden surgir complicaciones inesperadas y/o reacciones adversas individuales; entiendo y eximo a los médicos veterinarios de responsabilidad por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometida mi mascota, mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del mismo.

ENTIENDO que el personal médico no se debe hacer responsable de los animales que por su naturaleza, no puedan manejarse sin la presencia del dueño y tampoco se hace responsable de daños / mordidas a otros animales o a terceros.

DECLARO que se me explicó la razón por la cual es necesario e importante tomar exámenes pre quirúrgicos, en este caso DECLINO VOLUNTARIAMENTE a la realización de los exámenes pre-quirúrgicos inclusive en casos especiales en los que el médico veterinario los haya recomendado y/o solite para garantizar la máxima seguridad durante el procedimiento de esterilización.

Me han informado y he comprendido la información que me ha sido suministrada sobre el tipo de procedimiento, riesgos, y ventajas, uso de anestesia, cuidados posoperatorios, la importancia de los exámenes pre-quirúrgicos, han sido aclaradas mis dudas e inquietudes, al cual el paciente que está bajo mi tenencia/cuidado/responsabilidad/propiedad según sea el caso.

Al firmar este documento RECONOZCO que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

De manera expresa autorizo al personal médico veterinario para acceder a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva.

Declaro no haber omitido ni alterado información sobre el estado de salud y entorno de mi mascota, y me comprometo a seguir las recomendaciones y a tomar medidas de precaución y acciones que sean razonablemente necesarias para mitigar y evitar complicaciones en mi animal doméstico de compañía.

En constancia firmo la presente autorización, hoy 23 del mes 11 del año 2024

FIRMA CUIDADOR, TENEDOR O PROPIETARIO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Eclisa Arella
2422+830

Alejandro Holgun