Vet Sabana Clinica Veterinaria
Avenida Pradilla #1-12
Telefonos.: 314 808 2075
Nit.: 901835125-4
vetsabanachia@gmail.com

Historia Clinica

2024-12-21 9:05:43 PM

Datos del paciente

No. Historia: 1269	**Paciente:** Tayson	**Especie:** CANINO
Raza: Pit Bull Terrier	**Color:** Bicolor	**Sexo:** Macho
Nacido: 2015-05-15	**Propietario:** ALCALDIA DE CAJICA	**Documento:** 8999994650
Esteril: SI		

Informacion General

No. Consulta: 1295	**Veterinario:** Angie Vanessa Ortega Garcia	**Fecha:** 2024-12-10

Anamnesicos:
Ingresa paciente con una lesion en miembro posterior derecho, se lo encontraron hace 4 dias, no saben la razón del traumatismo.
Lo medicaron con meloxicam

T: 35.7	**Frec. Cardi.:** 84	**Frec. Resp.:** 20
Pulso: FSC	**Mucosas:** ROSADAS	**Deshidratación:** 0%
Peso: 22.3kg	**TLLC:** 2	**TRPC:** 2

Actitud Propietario: ALERTA

Cond. Corporal: 2/5

Examen físico:
lesion en miembro posterior derecho, claudicacion IV, pulicosis, enfermedad periodontal y piezas dentales faltantes, halitosis

Lista problemas: I. lesion en mpd
II. Claudicacion grado IV.
III. Pulicosis
IV. enfermedad periodontal
V. halitosis

Lista maestra: 1. I, II
2. III
3. IV, V

Diagnósticos: 1. Traumatismo en MPD
2. Pulicosis

3. Enfermedad perodontal

Exámenes Complementarios: Rx, pq1

Receta:

Tratamiento: hospital

Fecha control: 2024-12-10 **Próximo control:** 2024-12-25

Vet Sabana Clinica Veterinaria
Avenida Pradilla #1-12
Telefonos.: 314 808 2075
Nit.: 901835125-4
vetsabanachia@gmail.com

Historia Hospitalización

No. Historia: 1269
Paciente: Tayson
Especie: CANINO
Raza: Pit Bull Terrier
Sexo: Macho
Nacido: 2015-05-15
Alimentacion: Ringo croquetas
Estado Antipara: No Vigente
Estado Vacunal: No Vigente
Propietario: ALCALDIA DE CAJICA
Documento: 8999994650
Telefono: 3112967561
Correo:

No. Hospita:	Procedimiento:	Fecha Entrada:	Fecha Salida:
232	Traumatismo en MAD, se desconoce el motivo	2024-12-10 10:53:00	2024-12-19 16:00:00

Observaciones:

10/12/2024 turno. día
Paciente ingresa a hospitalización para estabilización y exámenes complementarios.
Se realizan radiografías vista LL de MPD y comparativa bajo sedación.
En donde se encuentra una fractura de femur.
Se recomienda interconsulta con ortopedia. Se pide autorización, se programa cita para el siguiente día.
Exámenes de sangre ALT aumentada.
Consume alimento y agua de manera voluntaria. Orina no defeca, No presenta episodios de vomito o de diarrea.
Cuando se siente solo llora mucho, estar pendiente por empuja la puerta de la jaula para salirse.
Constantes en rango

10/12/2024- turno noche
Paciente se muestra alerta y responde a estímulos, paciente permanece tranquilo en canil, en horas de la mañana se saca a pasear en donde orina y defeca heces normales, se ofrece alimento el cual consume con apetito y toma agua de manera voluntaria. Paciente aun presenta mucho prurito en la zona lumbar y se observa pulicosis.
Constantes fisiológicas en rango en rango

11/12/2024- turno dia
Paciente alerta, activo, estable, sale y camina, explora, deambula con normalidad y se desplaza con sus 3 miembros "sanos", todas sus constantes fisiológicas se mantuvieron dentro del rango ideal para su especie, come y toma agua de manera voluntaria y con buen apetito Ortopedista revisa el paciente y revisa las placas y aparentemente la lesión tiene bastante tiempo, por lo cual su recomendación es la amputación por el tiempo que lleva la lesión el hueso son soldaría.
Por la hora de la cita se programa cirugía para el día siguiente para correcta preparación del paciente
11/12/2024- turno noche
Paciente estable responde a estímulos, alerta, come y toma agua de manera voluntaria, sale y camina, no presenta episodios gástricos ni diarrea, se suministra su medicación, sus constantes fisiológicas en rango. Defeca y orina con normalidad.

Se deja al paciente en ayunas a partir de las 4:00am

12/12/2024 día
Paciente activo, alerta y estable durante el día, hacia la 1pm ingresa a quirófano paran procedimiento de amputación de miembro posterior derecho. La cirugía fue bastante larga y tediosa, paciente presenta bastante sangrado. se había solicitado la orquiectomía en la misma cirugía, pero debido a la duración y complicación de este cirujano decide realizarla aparte. Paciente ingresa a recuperación para reincorporación de anestesia.
Se instaura pregabalina 4mg/kg
* Por favor estar pendiente de la temperatura,
* Evaluar dolor, y si presenta instaurar infusión analgésica.
12/12/2024 noche
Paciente muy deprimido, se reincorpora de la anestesia en las horas de la madrugada, se incorporan medios externos físicos con el fin de controlar la temperatura (38.1), el paciente estuvo es estado estuporoso durante la noche por lo cual no se instaura infusión analgesia, en la mañana se ofrece alimento de manera asistida, consume muy poco, no defeca ni orina, debido a que aún no se reincorpora de la anestesia del todo, por lo cual se ofrecerá alimento mas tarde, se realiza medicación estipulada, se entrega paciente con vía permeable.
Constantes
T: 38.1, FC: 120 LPM, FR: 20 RPM, PULSO: FSC, MUCOSAS: Rosadas palido, TLLC: 2", ANIMO: Deprimido, APETITO: Muy poco, SED: No, ORINA: No, VOMITO: No, DIARREA: No, DEFECO: no

13/12/2024 dia
Paciente durante la mañana se encuentra deprimido, adinámico y apático, presente leve sangrado de la herida quirúrgica y presenta dolor moderado postquirúrgico por ende se instaura terapia multimodal y hemostático, hacia el mediodía mejora su ánimo, come bastante bien, toma agua, sale, camina, explora toma baño de sol, sin embargo se prefiere mantener restringido del movimiento dado que la cirugía está muy reciente, orina, defeca; Continúa bajo terapia de medicación e hidratación pertinente, según evolución durante la noche se realiza cirugía de orquiectomía el día de mañana.
Recomendaciones
Estimularlo, moverlo, sacarlo
Constantes:
Temperatura: 38.6 °, Frecuencia Cardiaca: 108 LPM
Frecuencia Respiratoria: 16 RPM, Pulso: FSC, Mucosas: Rosa pálido, Tllc: 2”, Ánimo: Alerta/activo
Apetito: SI, Sed: Si, Orina: si, Vómito: No, Diarrea: No
Defecó: SI

13/12/2024 noche
Paciente se muestra alerta y responde a estímulos, no presenta sangrado de herida quirúrgica ni edema o dolor a la palpación de la misma, sale a pasear donde orina, pero no defeca, se da la medicación instaurada con normalidad. Se ofrece alimento y agua a las 5 am y se deja en ayuno para realizar procedimiento quirúrgico de orquiectomía.
Constantes:
Temperatura: 37.8°, Frecuencia Cardiaca: 120 LPM
Frecuencia Respiratoria: 20 RPM, Pulso: FSC
Mucosas: Rosa, Tllc: 1”, Ánimo: Alerta, Apetito: si
Sed: Si, Orina:si, Vómito: No, Diarrea: No
Defecó: No

14/12/2024 dia
Paciente estable, activo y alerta durante el dia, orina y defeca, no presenta episodios de vomito o de diarrea, ingresa a quirófano hacia el medio dia, se realiza orquiectomía, le cuesta reincorporarse de la anestesia.
Ofrecer Alimento cuando este bien despierto
Estar pendientes de la temperatura

Realizar limpiezas de las heridas quirúrgicas
Constantes Fisiológicas
Temperatura: 38.3°, Frecuencia Cardiaca: 139 LPM
Frecuencia Res: 29 RPM, Pulso: FSC, Mucosas: Rosa pálido, Tllc: 1”, Ánimo: -, Apetito: -, Sed: -, Orina: No
Vómito: No, Diarrea: No, Defecó: Si.

14/12/2024 noche
paciente estable, consume alimento de buena manera. Orina y defeca. Se instaura meloxicam.
Temperatura: 39.1
Frecuencia Cardiaca: 121 LPM
Frecuencia Respiratoria: 31 RPM
Pulso: FSC
Mucosas: Rosa
Tllc: 2”
Ánimo: alerta
Apetito:si
Sed: no
Orina:si
Vómito: No
Diarrea: No
Defecó: No

15/12/2024 día
Paciente se muestra alerta y responde a estímulos, consume alimento y agua de manera voluntaria, orina y defeca con normalidad. Se da la medicación instaurada, al examen clínico no presenta alteración de sus constantes fisiológicas, se colocan los paños de sulfato y se limpian heridas quirúrgicas.
Temperatura: 39.1
Frecuencia Cardiaca: 121 LPM
Frecuencia Respiratoria: 31 RPM
Pulso: FSC
Mucosas: Rosa
Tllc: 2”
Ánimo: alerta
Apetito:si
Sed: no
Orina:si
Vómito: No
Diarrea: No
Defecó: No

15/12/2024 noche
Paciente alerta, recibe alimento con agrado. No orino ni defeco en horarios de la mañana. Se inició médicacion vía oral , cefalexina de 500. MG .
Temperatura: 37.9
Frecuencia Cardiaca: 100 LPM
Frecuencia Respiratoria: 20 RPM
Pulso: FSC
Mucosas: Rosa
Tllc: 3”
Ánimo: alerta
Apetito: si

Sed: Si
Orina:si
Vómito: No
Diarrea: No
Defecó: Si
David Ramirez

16/12/2024 día
Paciente activo alerta y estable, se realizan limpiezas en las heridas quirúrgicas, se administra medicación vía oral, consume alimento y agua de manera voluntaria, orina y defeca.
Constantes en rango

16/12/2024 noche
Paciente se muestra alerta y responde a estímulos, consume alimento y agua de manera voluntaria, se saca a pasear en donde orina y defeca heces de consistencia normal. Las heridas se muestran sin secreción o eritema. Tiene aumento de tamaño del escroto y dolor por lo cual se instauran paños cada 12 horas de sulfato de magnesio. Se da la medicación instaurada con normalidad. Al examen clínico no presenta afectación de sus constantes fisiológicas.
Constantes fisiologiocas en rango

17/12/2024 día
Paciente permanece durante el día, alerta y estable, camina sin problema con sus tres miembros, toma baño de solo, consume alimento y agua de manera voluntaria, orina y defeca, no presenta episodios de vomito de diarrea.
Constantes en rango

17/12/2024 noche
Paciente activo y tranquilo dentro del canil, sale se alimenta y toma agua voluntariamente, orina y defeca, no presenta episodios de vomito o de diarrea, se realiza limpieza en heridas quirúrgicas, las cuales no tienes secreción ni presenta dolor. Lo recogen durante el día.
18/12/2024 día
Paciente durante el día se evidencia activo alerta estable, come alimento de manera voluntaria, sale y explora orina y defeca de consistencia sólida, se realiza su correspondiente limpieza en la herida quirúrgica constantes fisiológicas dentro del rango, alta el día de mañana
18/12/2024 noche
Paciente sale y explora su entorno, toma agua y come alimento de manera voluntaria, heridas con buena cicatrización se siguen realizando paños de sulfato de magnesio constantes fisiológicas dentro del rango
19/12/2024 día
Paciente alerta y estable, recogen al paciente, se entrega con constantes en rango, herida limpia.
Diagnóstico final:
Fractura femoral del MPD
Angie Ortega
T.P 45610

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com
Dirección: Av. Pradilla Diag. 13 #1-12

12 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	TYSON	ESPECIE	CANINO
RAZA	PITBULL	EDAD	9 AÑOS
SEXO	MACHO	MEDICO TRATANTE	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICÁ		

UROANÁLISIS

EXAMEN FÍSICO		EXAMEN QUÍMICO	
COLOR	AMARILLO	BILIRRUBINA	NEGATIVO
ASPECTO	LIG. TURBIO	UROBILINÓGENO	NORMAL
DENSIDAD	1052	C. CETONICOS	NEGATIVO
OLOR	SUI GENERIS	GLUCOSA	NEGATIVO
ESPUMA	NEGATIVO	PROTEÍNA	NEGATIVO
		SANGRE	NEGATIVO
		NITRITOS	NEGATIVO
		PH	6.0
		LEUCOCITOS	NEGATIVO
EXAMEN MICROSCÓPICO			
LEUCOCITOS		0-2 XCA	
HEMATIES		NEGATIVO	
CELULAS EPITELIALES DE TRANSICION		OCASIONALES	
CELULAS EPITELIALES ESCAMOSAS		OCASIONALES	
CELULAS RENALES		NEGATIVO	
CILINDROS HIALINOS		NEGATIVO	
CILINDROS GRANULARES		NEGATIVO	
CRISTALES		NEGATIVO	
GOTAS DE GRASA		+	
ESPERMATOZOIDES		NEGATIVO	
LEVADURAS		NEGATIVO	
BACTERIAS		ESCASAS	
MOCO		NEGATIVO	
OTROS:			

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com
Dirección: Av. Pradilla Diag. 13 #1-12

10 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	TYSON	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	PITBULL	**EDAD**	2 AÑOS
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	LORENA CORREDOR
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICA		

CUADRO HEMATICO

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
ERITROCITOS	**mm³**	**4.230**	**5.500 – 8.500**
HEMATOCRITO	**%**	**29.8**	**39 – 56**
HEMOGLOBINA	g/dl	**9.4**	**11 – 19**
VCM	**fl**	70.6	**62 – 72**
HCM	**pg**	22.2	**20 – 25**
CHCM	**g/dl**	32.6	**30 – 38**
NORMOBLASTOS	**%**	0	**0 – 1**
MORFOLOGÍA	GLÓBULOS ROJOS NORMOCÍTICOS, NORMOCRÓMICOS.		

	Unidades de Medida	Resultado		Valores de Referencia
LEUCOCITOS	**mm³**	15.400		**6.000 – 17.000 /mm³**
	Valor Relativo	**Valores de Referencia**	**Valor Absoluto**	**Valores de Referencia**
NEUTRÓFILOS	81	**60 – 83 %**	12.474	**4.000 – 12.600 c/µl**
LINFOCITOS	13	**12 – 30 %**	2.002	**800 – 5.100 c/µl**
EOSINOFILOS	0	**0 – 5 %**	0	**0 - 1.220 c/µl**
MONOCITOS	6	**3 – 19 %**	924	**0 - 1800 c/µl**
BASÓFILOS		**0 – 1 %**		**0 - 190 c/µl**
BANDAS		**0 – 1 %**		**0 - 500 c/µl**
METAMIELOCITOS		**0 %**		**0 c/µl**
MIELOCITOS		**0 %**		**0 c/µl**
MORFOLOGÍA				

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
PLAQUETAS	**/mm³**	470.000	**100.000 - 460.000**
MORFOLOGÍA			

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
PPT	**g/dl**	6.4	**5.5 – 7.0**
ALBÚMINA	**g/dl**	2.9	**2.3 - 3.8**
GLOBULINAS	**g/dl**	3.5	**3.0 – 4.1**

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com
Dirección: Av. Pradilla Diag. 13 #1-12

10 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	TYSON	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	PITBULL	**EDAD**	2 AÑOS
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	LORENA CORREDOR
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICA		

QUÍMICA SANGUÍNEA

PARÁMETRO	RESULTADO	VALORES NORMALES
ALT	**90***	19 – 57 U/L
CREATININA	1.0	0.6 – 1.4 mg/dl
ASPECTO SÉRICO	NORMAL	

* RESULTADO CONFIRMADO POR DUPLICADO EN LA MISMA MUESTRA

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 21 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Alcaldia de cajica
Identificado: 899999465-0 Teléfono: 311 2967561
Dirección: cl 2 #4 -07 cajica cundinamarca
Sexo: Hembra
Mascota: troya Raza: Pastor Aleman
Especie: canino Edad: 1 año

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 21 / 12 / 2024
FIRMA: Maria Fernanda
IDENTIFICACION: 899999465-0
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
Clínica Veterinaria

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 17 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Alcaldia de cajica
Identificado: 899999465-0 Teléfono: 311 296 7561
Dirección: cl 2 # 4-07, cajica cundinamarca
Sexo: Hembra
Mascota: Mia Raza: Border collie
Especie: Canino Edad: 1 año

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 17 / 12 / 2024
FIRMA: Maria Fernanda
IDENTIFICACION: 899999465-0
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
Clínica Veterinaria

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 17 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Alcaldia de cajica
Identificado: 899999465-0 Teléfono: 3112967561
Dirección: a 2 # 4 -07, cajica cundinamarca
Sexo: Hembra
Mascota: Pancha Raza: criolla
Especie: Felino Edad: 7 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 17 / 12 / 2024
FIRMA: Maria Fernanda
IDENTIFICACION: 899999465-0
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
Clínica Veterinaria

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 16 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Alcaldia de cajica
Identificado: 899999465-0 Teléfono: 3112967561
Dirección: cl 2 # 4-07, cajica cundinamarca
Sexo: Hembra
Mascota: Luna Raza: criolla
Especie: Canino Edad: 8 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 16 / 12 / 2024
FIRMA: Maria Fernanda
IDENTIFICACION: 899999465-0
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
Clínica Veterinaria

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Alcaldia de cajica
Identificado: 899999405-0 Teléfono: 311 2967561
Dirección: Cl. 2 # 4-07 Cajica cundinamarca
Sexo: Macho
Mascota: Milo Raza: criollo
Especie: canino Edad: 2 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024
FIRMA: Maria Fernanda
IDENTIFICACION: 899999 465-0
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
Clínica Veterinaria

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 10 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Alcaldia de Cajica
Identificado: 899999465-0 Teléfono: 3112967561
Dirección: cl 2 # 4-07 Cajica Cundinamarca
Sexo: Macho
Mascota: Brandon Raza: Criollo
Especie: Canino Edad: 7 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 10 / 12 / 2024
FIRMA: Maria Fernanda
IDENTIFICACION: 899999 165-0
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
Clínica Veterinaria

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 10 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Alcaldia de cajica
Identificado: 899999465-0 Teléfono: 3112967561
Dirección: cl. 2 #4-07, Cajica cundinamarca
Sexo: Macho
Mascota: Tayson
Especie: Canino
Raza: ~~[illegible]~~ PH bull Terrier
Edad: 9 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 10 / 12 / 2024
FIRMA: Maria Fernanda
IDENTIFICACION: 8 999 994 65-0.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 12 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Alcaldia de Cajica
Identificado: 899999465-0 Teléfono: 3112967561
Dirección: Cl 2 # 4-07 Cajica Cundinamarca
Sexo: Macho
Mascota: Carelipido Raza: Criollo
Especie: Canino Edad: 10 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.

VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM

Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 12 / 12 / 2024
FIRMA: Maria fernanda
IDENTIFICACION: 899999465-0
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
Clínica Veterinaria

AUTORIZACION DE SEDACION Y/O ANESTESIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

YO Alcaldia de Cajica IDENTIFICADO CON C.C. 899999465-0

TELEFONO: 311 296 7561 DIRECCION: cl. 2 #4-07 cajica, Cundinamarca.

Autorizo (amos) por medio de este documento a **VetSabana** a realizar los procedimientos de sedación y/o anestesia necesaria para el procedimiento que requiere el ejemplar que se describe a continuación; manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de **VetSabana**, realicen los tratamientos, pruebas diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos necesarios:

Datos del paciente:

Nombre: Tayson

Especie: Canino

Raza: Pit bull Terrier

Sexo: Macho

Color: Bicolor

Edad: 9 años

Peso: 22 kg

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO MEDICO Y/O QUIRURGICO POR EL CUAL SE LE REQUIERE LA SEDACIÓN Y/O ANESTESIA:

Amputación de M.P.D

VetSabana no se hace responsable ante el usuario o propietario del animal, por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, Medicamento o Procedimiento, mientras estos hayan sido aplicados correctamente.

VetSabana no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste tampoco se hace responsable de los dalos a terceros.

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa. Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que presentan al animal.

Este documentó tiene acción legal y se firma el día 10 **de** 12 **del** 2024

FRIMA: Maria Fernanda

C.C: 899999465-0

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA
Av. Pradilla Diag. 13 No. 1-12

AUTORIZACION DE SEDACION Y/O ANESTESIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

YO Alcaldia de Cajica IDENTIFICADO CON C.C. 899999465-0

TELEFONO: 311 296 7561 DIRECCION: Cl. 2 #4-07, Cajica, Cundinamarca

Autorizo (amos) por medio de este documento a **VetSabana** a realizar los procedimientos de sedación y/o anestesia necesaria para el procedimiento que requiere el ejemplar que se describe a continuación; manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de **VetSabana**, realicen los tratamientos, pruebas diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos necesarios:

Datos del paciente:

Nombre: Carelipido

Especie: Canino

Raza: Criollo

Sexo: Macho

Color: Bicolor

Edad: 10 años

Peso: 26 kg

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO MEDICO Y/O QUIRURGICO POR EL CUAL SE LE REQUIERE LA SEDACIÓN Y/O ANESTESIA:

Orquiectomia

VetSabana no se hace responsable ante el usuario o propietario del animal, por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, Medicamento o Procedimiento, mientras estos hayan sido aplicados correctamente.

VetSabana no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste tampoco se hace responsable de los dalos a terceros.

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa. Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que presentan al animal.

Este documentó tiene acción legal y se firma el día 12 **de** 12 **del** 2024

FRIMA: Maria Fernanda

C.C: 899999465-0

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA
Av Pradilla Diag. 13 No. 1-12

AUTORIZACION DE SEDACION Y/O ANESTESIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

YO Alcaldia de Cajica IDENTIFICADO CON C.C. 899999465-0

TELEFONO: 311 296 7561 DIRECCION: cl. 2 # 4-07, Cajica, Cundinamarca

Autorizo (amos) por medio de este documento a **VetSabana** a realizar los procedimientos de sedación y/o anestesia necesaria para el procedimiento que requiere el ejemplar que se describe a continuación; manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de **VetSabana**, realicen los tratamientos, pruebas diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos necesarios:

Datos del paciente:

Nombre: Milo

Especie: Canino

Raza: Criollo

Sexo: Macho

Color Amarillo

Edad: 2 años

Peso: 11 kg

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO MEDICO Y/O QUIRURGICO POR EL CUAL SE LE REQUIERE LA SEDACIÓN Y/O ANESTESIA:

Sondaje

VetSabana no se hace responsable ante el usuario o propietario del animal, por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, Medicamento o Procedimiento, mientras estos hayan sido aplicados correctamente.

VetSabana no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste tampoco se hace responsable de los dalos a terceros.

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa. Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que presentan al animal.

Este documentó tiene acción legal y se firma el día 16 **de** 12 **del** 2024

FRIMA: Maria Fernanda

C.C: 899999465-0

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA
Av Pradilla Diag 13 No 1-12

AUTORIZACION DE SEDACION Y/O ANESTESIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

YO Alcaldia de Cajica IDENTIFICADO CON C.C. 899999465-0

TELEFONO: 311 296 7567 DIRECCION: Cl. 2 # 4-07, cajica, Cundinamarca

Autorizo (amos) por medio de este documento a **VetSabana** a realizar los procedimientos de sedación y/o anestesia necesaria para el procedimiento que requiere el ejemplar que se describe a continuación; manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de **VetSabana**, realicen los tratamientos, pruebas diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos necesarios:

Datos del paciente:

Nombre: Brandon

Especie: Canino

Raza: Criollo

Sexo: Macho

Color: Negro

Edad: 7 años

Peso: 19.2 kg

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO MEDICO Y/O QUIRURGICO POR EL CUAL SE LE REQUIERE LA SEDACIÓN Y/O ANESTESIA:

Eutanasia

VetSabana no se hace responsable ante el usuario o propietario del animal, por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, Medicamento o Procedimiento, mientras estos hayan sido aplicados correctamente.

VetSabana no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste tampoco se hace responsable de los dalos a terceros.

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa. Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que presentan al animal.

Este documentó tiene acción legal y se firma el día 10 **de** 12 **del** 2024

FRIMA: Maria Fernanda

C.C: 899999465-0

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA
Av. Pradilla Diag. 13 No. 1-12

AUTORIZACION DE SEDACION Y/O ANESTESIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

YO Alcaldia de Cajica IDENTIFICADO CON C.C. 899999465-0

TELEFONO: 311 296 7561 DIRECCION: Cl. 2 #4-07, cajica, cundinamarca

Autorizo (amos) por medio de este documento a **VetSabana** a realizar los procedimientos de sedación y/o anestesia necesaria para el procedimiento que requiere el ejemplar que se describe a continuación; manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de **VetSabana**, realicen los tratamientos, pruebas diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos necesarios:

Datos del paciente:

Nombre: Pancha

Especie: Felino

Raza: Criolla

Sexo: Hembra

Color: Bicolor

Edad: 7 años

Peso: 2.5 kg

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO MEDICO Y/O QUIRURGICO POR EL CUAL SE LE REQUIERE LA SEDACIÓN Y/O ANESTESIA:

Esterilización y profilaxis

VetSabana no se hace responsable ante el usuario o propietario del animal, por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, Medicamento o Procedimiento, mientras estos hayan sido aplicados correctamente.

VetSabana no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste tampoco se hace responsable de los dalos a terceros.

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa. Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que presentan al animal.

Este documentó tiene acción legal y se firma el día 17 **de** 12 **del** 2024

FRIMA: Maria Fernanda

C.C: 899999465-0

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA
Av Pradilla Diag. 13 No. 1-12

AUTORIZACION DE SEDACION Y/O ANESTESIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

YO Alcaldia de Cajica IDENTIFICADO CON C.C. 899999465-0

TELEFONO: 311 2967581 DIRECCION: cl. 2 #4-07, cajica, cundinamarca

Autorizo (amos) por medio de este documento a **VetSabana** a realizar los procedimientos de sedación y/o anestesia necesaria para el procedimiento que requiere el ejemplar que se describe a continuación; manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de **VetSabana**, realicen los tratamientos, pruebas diagnósticas, exámenes paraclínicos y procedimientos necesarios:

Datos del paciente:

Nombre: Mia

Especie: Canino

Raza: Border collie

Sexo: Hembra

Color: Bicolor

Edad: 1 año

Peso: 15 kg

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO MEDICO Y/O QUIRURGICO POR EL CUAL SE LE REQUIERE LA SEDACIÓN Y/O ANESTESIA:

Corrección quirurgica en tejidos blandos por laceración

VetSabana no se hace responsable ante el usuario o propietario del animal, por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, Medicamento o Procedimiento, mientras estos hayan sido aplicados correctamente.

VetSabana no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste tampoco se hace responsable de los dalos a terceros.

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos y costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa. Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que presentan al animal.

Este documentó tiene acción legal y se firma el día 17 **de** 12 **del** 2024

FRIMA: Maria Fernanda

C.C: 899999465-0

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

















ESTERILIZACIONES


CliniSafe NITRILE


OXIGENADO



Advance





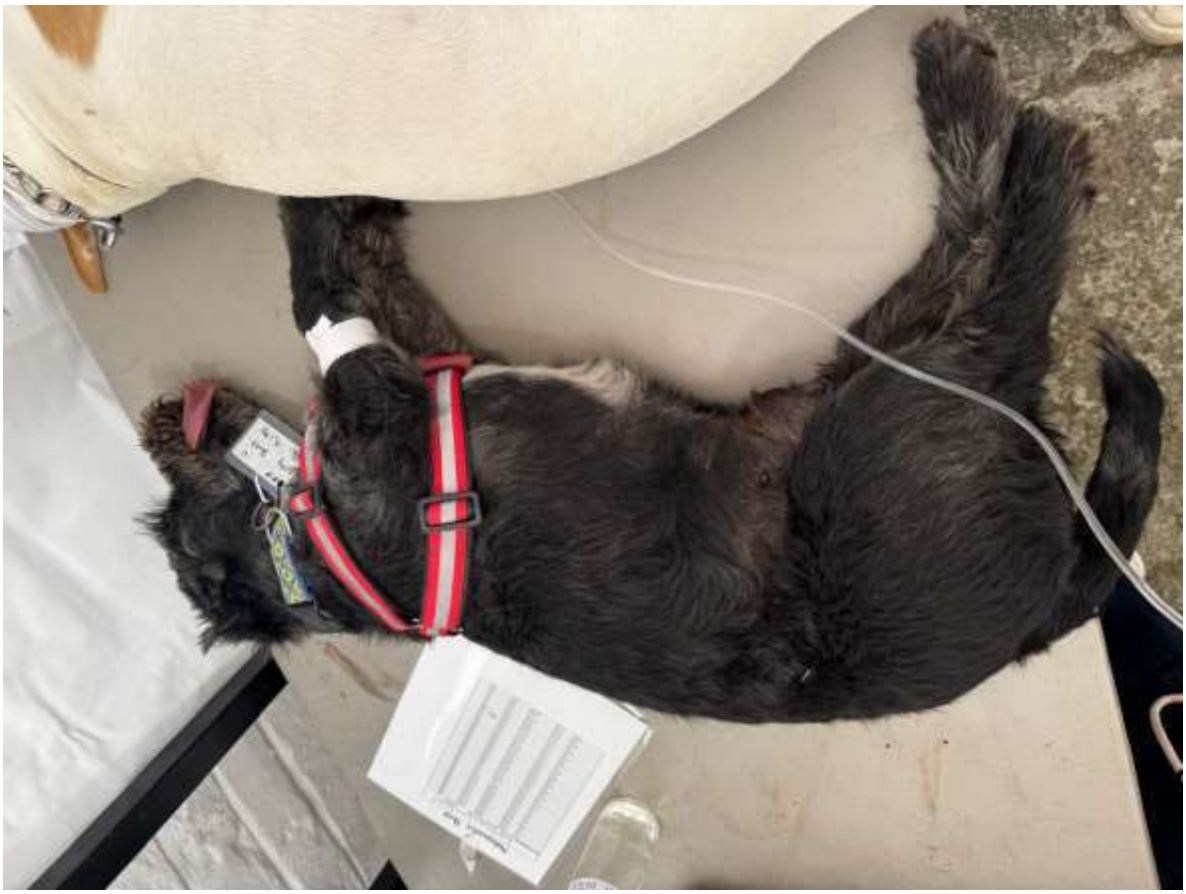







ALCOHOL
Advance







ALCOHOL


AlfaSafe NITRILO THIN
AlfaSafe LATEX


POLICE K9



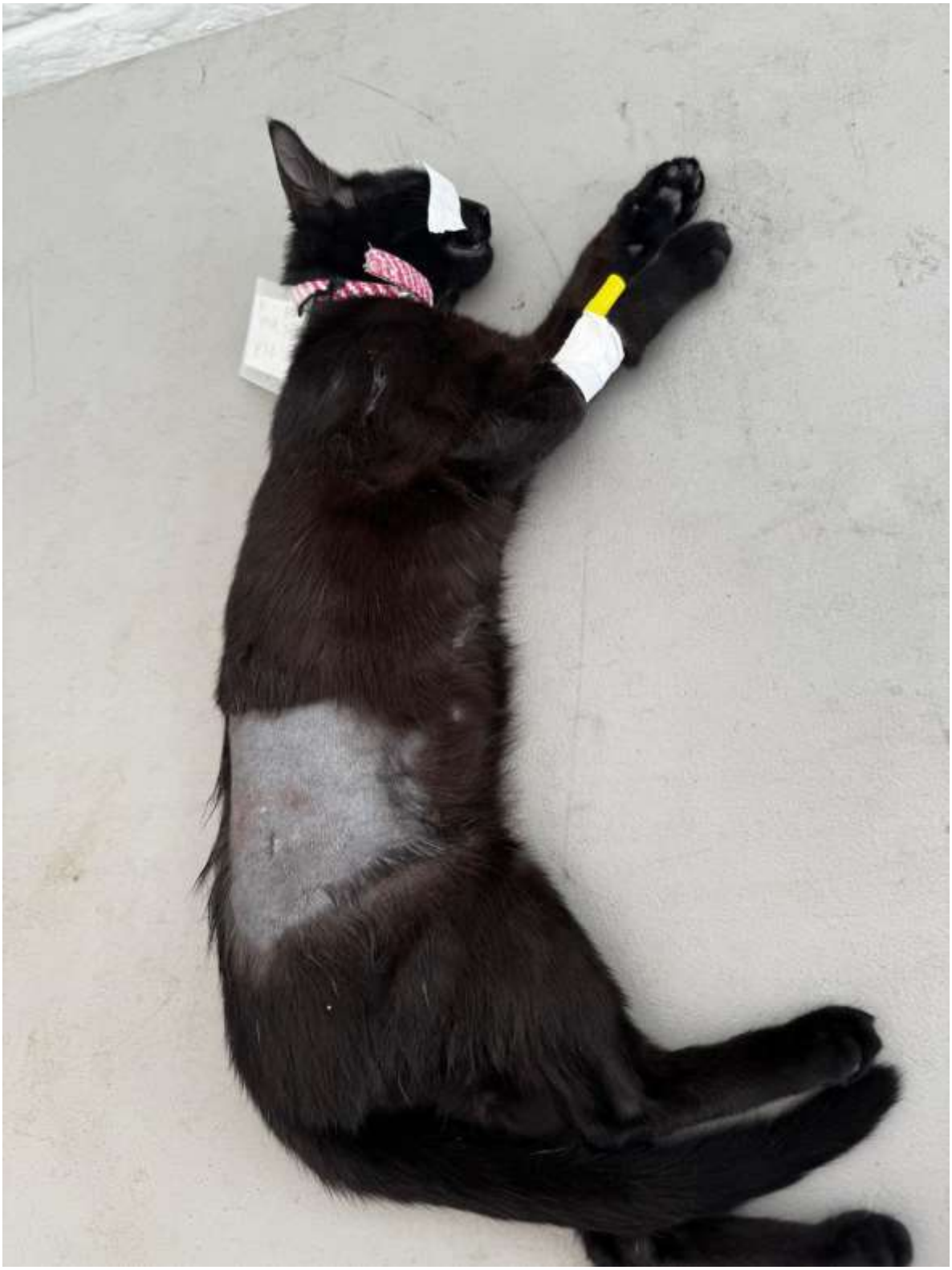









AlfaSafe NITRILO
AlfaSafe LATEX









INFRAESTRUCTURA

- **RECEPCION**

El área de recepción se dedica a recibir a los tutores con los pacientes, en esta zona se cuenta con una amplia zona para que estén cómodos durante la espera, cuenta con sillas con capacidad para seis personas y se encuentra la recepcionista, quien los orienta en el proceso que deseen realizar, bien sea consulta, controles, interconsulta, exámenes, etc.

La recepción cuenta con un computador, donde se encuentra sistematizada toda la información, desde allí se agendan citas y se lleva un seguimiento de los pacientes.



- **HOSPITAL ESPECIALIZADO**

Nuestro hospital veterinario está diseñado para brindar atención de calidad a nuestros pacientes, con un total de 12 cubículos divididos por especie, garantizando un ambiente seguro y cómodo tanto para felinos como para caninos. contamos con ventilación adecuada, asegurando un flujo de aire óptimo y un entorno saludable.

Los cubículos destinados a los felinos están construidos en acero quirúrgico, lo que facilita su limpieza y desinfección, mientras que las rejas de la zona canina también son de acero quirúrgico, brindando durabilidad y seguridad. Esta elección de materiales asegura que cada paciente reciba el cuidado que merece, manteniendo un alto estándar de higiene.

Además, contamos con una incubadora pediátrica, diseñada especialmente para pacientes críticos, postquirúrgicos o neonatos. Este equipo permite proporcionar el calor y la atención necesaria para aquellos animales que requieren cuidados intensivos, garantizando un monitoreo constante de su estado de salud.

El hospital está equipado con estantes para almacenar medicamentos y utensilios, facilitando un manejo ágil y oportuno en situaciones críticas. Esta organización permite al personal veterinario acceder rápidamente a lo que necesite, mejorando la eficiencia y la atención a nuestros pacientes.

En nuestro hospital, nos comprometemos a ofrecer un entorno profesional y acogedor, donde cada paciente reciba la atención integral que requiere, adaptándose a sus necesidades específicas y priorizando su bienestar en todo momento.



- **QUIROFANO**

El quirófano es un área destinada a llevar a cabo cirugías como son de tejidos blandos , ortopedia etc, así como administración de anestesia de gases y equipo con capacidad de respirador artificial, acompañado de multiparámetros, mesa de cirugía hidráulica en acero quirúrgico diseñada para proporcionar una plataforma estable y ajustable que le permite al cirujano y al equipo médico realizar intervenciones quirúrgicas con precisión y comodidad para el paciente.

- ✓ Máquina de anestesia inhalada Ohmeda Anesthesia System cuenta con un sistema respiratorio integrado, su principal función es preparar una mezcla de gases de composición precisa. Cuenta con las siguientes características: sistema respiratorio avanzado, opciones de ventilación, 2-3 configuraciones de vaporizador, tubo de flujo de aire doble para flujo bajo, entre otros.
- ✓ Bomba de infusión esta se utiliza para administrar líquidos y medicamentos de forma continua y controlada en el cuerpo del paciente.

- ✓ Monitor de signos vitales



- **CONSULTORIO 1**

Consultorio veterinario especializado en felinos, diseñado para atender a pacientes de todas las edades. Este espacio cuenta con un gimnasio adaptado específicamente para gatos, el cual permite llevar a cabo una evaluación física exhaustiva, promoviendo la salud y el bienestar de los felinos. La disposición del consultorio asegura la máxima comodidad para los pacientes durante su visita, minimizando el estrés y fomentando un entorno acogedor.

Además, se incorpora un sistema computarizado VetSoft, desarrollado exclusivamente para el sector veterinario. Este sistema optimiza la gestión de la información clínica, facilitando el seguimiento de la salud de los pacientes y mejorando la comunicación entre el personal veterinario y los dueños de los animales. Con estas características, el consultorio se posiciona como un referente en el cuidado integral de felinos, garantizando un enfoque profesional y personalizado en cada consulta



- **CONSULTORIO 2**

Nuestro consultorio está diseñado para atender a pacientes de todas las edades, ofreciendo un espacio que prioriza el bienestar y la comodidad. Contamos con instalaciones que permiten realizar evaluaciones físicas exhaustivas, promoviendo la salud general de nuestros pacientes. La disposición del consultorio ha sido pensada para minimizar el estrés durante las visitas, asegurando que cada animal se sienta cómodo y seguro.

Un aspecto destacado de nuestro consultorio es la puerta al exterior, diseñada específicamente para atender consultas de urgencia y nocturnas. Esto nos permite ofrecer un servicio ágil y eficiente en situaciones críticas, garantizando que los pacientes reciban la atención necesaria en el momento adecuado. Con estas características, nos posicionamos como un referente en el cuidado veterinario, asegurando un enfoque profesional y personalizado en cada consulta.

Además, incorporamos el sistema computarizado VetSoft, que optimiza la gestión de la información clínica y facilita un seguimiento exhaustivo de la salud de cada paciente. Este sistema mejora la comunicación con los dueños, asegurando que estén siempre informados sobre el estado de salud de sus animales y las recomendaciones de cuidado.



- **LABORATORIO CLINICO**

El Laboratorio Clínico es un área dedicada a prestar servicios correspondientes al análisis de muestras biológicas con el fin de ser una herramienta esencial para apoyo diagnóstico.

- ✓ Equipo de hematología URIT-2900 Vet Plus es un analizador multiespecie que hace diferenciación de 3 poblaciones de WBC, arroja lectura de 21 parámetros dentro de los cuales encontramos: WBC, LY#, MO#, GR#, LY%, MO%, GR%, RBC, HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC, RDW-CV, PLT, VPM, PCT, 3 Histogramas, entro otros. Este utiliza el método de impedancia eléctrica para el conteo celular y colorimetría fotoeléctrica para la HGB.

Cada hemograma incluye un análisis completo del extendido de sangre, en el cual se verifican los conteos arrojados por el equipo y se evalúa el estado morfológico de las poblaciones celulares.

- ✓ Equipo de Bioquímica semiautomático Rayto RT-1904CV cuenta con un sistema de análisis específico para el estudio de muestras de origen animal contando con canales para diferentes especies. Cuenta con un sistema óptico bicromático con 7 longitudes de onda, realizando pruebas cinéticas y de punto final.

Esto permite ofrecer diferentes perfiles bioquímicos que brindan una visión más detallada del estado de salud de los pacientes, facilitando un diagnóstico preciso.

- ✓ Microscopio Binocular cuenta con un sistema de luz LED, objetivos de 4X, 10X, 40X y 100x, ofreciendo imágenes nítidas, indispensables para poder analizar y apoyar el diagnóstico cuando se tienen muestras como parcial de orina, coprológico, coproscópico, citología auditiva, citología ocular, citología vaginal, raspado de piel, frotis para hemoparásitos, entro otros.



- **AREA DE IMAGENOLOGIA**

El área de imagenología se dedica a prestar servicios para la obtención de imágenes internas de los pacientes con fines diagnósticos y terapéuticos.

- ✓ Ecógrafo Chison Eco5 es un equipo de ultrasonido portátil con tecnología doppler color que permite imágenes de alta calidad y precisión. Permite imágenes blanco y negro, doppler color y Doppler espectral, contando con un monitor LED giratorio que se adapta a diferentes ángulos de visión, cuenta con filtros y tecnología para obtener rastreos de excelente calidad, permitiendo así diversas aplicaciones a nivel clínico para diagnóstico abdominal, vascular, gestacional, urología, cardiología entre otras.
- ✓ Equipo de Rayos X PXP-40HF – POKSOM este dispositivo se encuentra equipado con un rango KVP de 40-100 KVP y mA variable de 16 a 35 mA, proporcionando alta calidad de imagen de manera consistente, permitiendo una evaluación precisa y detallada de las condiciones del paciente. Cuenta con un Software especial que ayuda a ofrecer el máximo rendimiento.



- **ZONA DE INFECCIOSOS**

La zona de virales de nuestra clínica veterinaria está diseñada con los más altos estándares de bioseguridad para proteger la salud de nuestros pacientes. Este espacio cuenta con cuatro cubículos construidos en acero inoxidable quirúrgico, lo que garantiza una fácil limpieza y desinfección. Cada cubículo está aislado de los demás, minimizando el riesgo de contagios y asegurando un entorno seguro para aquellos animales que requieren atención especializada.

Las paredes de la zona están revestidas con un enchape que no solo facilita la higiene, sino que también proporciona un ambiente controlado y cómodo. Esta área está diseñada para ofrecer un espacio tranquilo, donde los pacientes virales pueden recibir el tratamiento necesario sin poner en riesgo a otros animales.

Nuestra clínica se compromete a implementar protocolos rigurosos en esta zona, asegurando que cada paciente reciba la atención adecuada en un ambiente seguro y protegido. Con esta infraestructura, garantizamos el bienestar de todos nuestros pacientes, priorizando su salud y seguridad en todo momento



- **VEHICULO DE TRASLADO Y ATENCION DE URGENCIAS**

Contamos con un vehículo especializado diseñado para proporcionar atención médica de emergencia a animales y transportarlos de manera segura a las instalaciones de nuestra clínica. Está equipada con herramientas y recursos necesarios para estabilizar y tratar a los pacientes en situaciones críticas mientras están en tránsito cuenta con un espacio adaptado para trabajar cómodamente, con capacidad para manejar animales de diferentes tamaños, tiene un equipamiento básico de primeros auxilios veterinarios, Monitor multiparámetro (frecuencia cardíaca, respiratoria, saturación de oxígeno), Equipo para fluidoterapia (soporte para suero y bombas de infusión), botiquín con medicamentos de emergencia (analgésicos, antiinflamatorios, antisépticos, etc.).

Nuestra ambulancia veterinaria es una herramienta clave para salvar vidas y garantizar el bienestar animal en situaciones críticas, combinando movilidad, eficiencia y atención médica especializada.





Para la Clínica Veterinaria Vet Sabana, sería un honor poder ofrecer nuestros servicios con alta calidad y responsabilidad, contribuyendo al crecimiento mutuo y al cuidado integral de todas las mascotas que requieren nuestra atención especializada.

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chia, 11 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Sergio andres castro
Identificado: 1072674662 Teléfono: 3205791597
Dirección: capellania
Sexo: Hembra
Mascota: Raza: Criollo
Especie: Canino Edad: 6 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA. Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Sergio Castro
IDENTIFICACION: 1072674662.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Rosmary Caballero
Identificado: 1001057142. Teléfono: 3177173943.
Dirección: la palma
Sexo: Hembra.
Mascota: _____ Raza: Criollo.
Especie: Canino. Edad: 3 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Rosmary C.
IDENTIFICACION: 1001057142.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Marlon meza.
Identificado: 1123203214. Teléfono: 3133254638.
Dirección: Santa Cruz
Sexo: Macho
Mascota: _____ Raza: Criollo
Especie: Canino. Edad: 2 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Marlon meza
IDENTIFICACION: 1123203214
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Andres fierro
Identificado: 1075297468 Teléfono: 3223892739
Dirección: Bogota.
Sexo: Hembra
Mascota:
Raza: Criollo
Especie: felino
Edad: 1 año

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 11 /2024.
FIRMA: Andres fierro.
IDENTIFICACION: 1075297468
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Nicolas Guerrero
Identificado: 1076738056. Teléfono: 3212211105.
Dirección: Rio grande
Sexo: Macho
Mascota:
Especie: Canino. Raza: Criollo
Edad: 9 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Nicolas Guerrero.
IDENTIFICACION: 1076738056.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Daniel Gutierrez
Identificado: 1036966582. Teléfono: 3224045125.
Dirección: _____
Sexo: Hembra
Mascota: _____ Raza: Criollo
Especie: felino Edad: 8 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA:
IDENTIFICACION: 1036966582.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Jose lopez.
Identificado: 2908952.
Teléfono: 3209478187.
Dirección: Calle 8a #8a
Sexo: Hembra
Mascota:
Raza: Criollo
Especie: Canina.
Edad: 4 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Jose Rela
IDENTIFICACION: 2908952.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Edith zoate.
Identificado: 1002525098 Teléfono: 3214659232.
Dirección: Castellonia.
Sexo: Macho
Mascota:
Especie: felino Raza: Criollo
Edad: 6 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA:
IDENTIFICACION: 1002525098.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Edith. Ortiz
Identificado: 1002525098 Teléfono: 3214659232.
Dirección: Capellanía.
Sexo: Macho
Mascota: Raza: Criollo
Especie: felino. Edad: 1 1/2 año

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA:
IDENTIFICACION: 1002525098.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Daniel Gutierrez.
Identificado: 1036966582 Teléfono: 3224045125
Dirección: Copelenia
Sexo: Macho
Mascota:
Raza: Criollo
Especie: felino
Edad: 1 año

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 /2024
FIRMA:
IDENTIFICACION: 1036966582
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA (CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Edith Zorde.
Identificado: 1007525098 Teléfono: 3214659232.
Dirección: Capellania.
Sexo: Macho
Mascota:
Especie: Felino. Raza: Criollo
Edad: 2 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 /2024
FIRMA: 1007525098
IDENTIFICACION:
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chia, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboràtorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Andies fierro
Identificado: 1075297468 Teléfono: 3223892739.
Dirección: Bogotá
Sexo: Hembra
Mascota:
Raza: Criollo.
Especie: felino
Edad: 2 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 /2024.
FIRMA: Andres Fiero
IDENTIFICACION: 1075297468
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Yudy rodriguez.
Identificado: 1070005880 Teléfono: 3125366309.
Dirección: Cappellania.
Sexo: Hembra.
Mascota:
Especie: Canino Raza: Criollo
Edad: 7 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024
FIRMA: Yudy R.
IDENTIFICACION: 1070005880
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Yudy rodriguez.
Identificado: 1070005880. Teléfono: 3125366309
Dirección: Capellania
Sexo: Hembra
Mascota: _____ Raza: Criollo.
Especie: Canino Edad: 3 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024
FIRMA: Yudy R.
IDENTIFICACION: 1070005880
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: buver franco
Identificado: 80350795. Teléfono: 3213670490.
Dirección: Chia
Sexo: Hembra
Mascota: _____ Raza: Criollo
Especie: felino Edad: 14 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 dias después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA:
IDENTIFICACION: 80350795.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Andres fiero
Identificado: 1075297468 Teléfono: 3223892739
Dirección: Bogota.
Sexo: Hembra
Mascota: ~
Raza: Criollo.
Especie: Canina. Edad: 6 meses.

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 /12 /2024.
FIRMA: Andres fiero
IDENTIFICACION: 1075297468
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Maria esperanza garzon
Identificado: 35408804 Teléfono: 3219458290
Dirección: capellania
Sexo: Hembra
Mascota:
Raza: Criollo
Especie: Canino
Edad: 5 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Esperanza G.
IDENTIFICACION: 35408804
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024 .
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Rosmary Caballero.
Identificado: 100.1057142. Teléfono: 3177173443.
Dirección: la Palma.
Sexo: Hembra
Mascota: _____ Raza: Criollo
Especie: Canino. Edad: 1 año

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Rosmary C.
IDENTIFICACION: 100.1057142.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Yeimy Cuervo
Identificado: 39804334 Teléfono: 3228231908
Dirección: Santa Cruz
Sexo: Hembra
Mascota:
Especie: felino
Raza: Criollo
Edad: 1 año

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024
FIRMA:
IDENTIFICACION: 39804334
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 24
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Santiago García.
Identificado: 1005290607 Teléfono: 3133939545
Dirección: Cra 13 # 21B-24 Cajicá
Sexo: Macho
Mascota: Mechas Raza: Criollo
Especie: Canino Edad: 15 años.

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situación extraordinaria, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 24
FIRMA:
IDENTIFICACION: 1005290607
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 21
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Santiago Garcia
Identificado: 1005290607.
Teléfono: 3133939545
Dirección: Cra 13 # 21B-24 Cajicá
Sexo: Hembra
Mascota: Troya
Raza: Pastor Aleman
Especie: Canino
Edad: 1 año

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situación extraordinaria, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO qué mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 21
FIRMA: _____
IDENTIFICACION: 1005290607
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 21
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Santiago García
Identificado: 1005290607 Teléfono: 3133939515
Dirección: Cra 13 # 21B-24 Cajicá
Sexo: Macho
Mascota: Toby Raza: Criollo
Especie: Canino Edad: 1 año

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situación extraordinaria, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 21
FIRMA: _____
IDENTIFICACION: 1005290607
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 11 de 12 del 21
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Santiago Garcia
Identificado: 1005290607 Teléfono: 3133939545
Dirección: Cra 13 # 21B-24 Cajicá
Sexo: Hembra
Mascota: Atenea
Raza: Pitbull
Especie: Canino
Edad: 2 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situación extraordinaria, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 21
FIRMA: _____
IDENTIFICACION: 1005290607
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 21
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Naira Rodriguez
Identificado: 2350038 Teléfono: 3122866972
Dirección: Chontame.
Sexo: Macho
Mascota: Tomy Raza: Criollo
Especie: Felino Edad: 4 meses.

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situación extraordinaria, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 21
FIRMA:
IDENTIFICACION: 2350038
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 11 de 12 del 24
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Barbara Castro
Identificado: 20793410.
Teléfono: 3204179192
Dirección: Chantame
Sexo: Hembra
Mascota: Lulu
Raza: Criollo.
Especie: Felino.
Edad: 1 año

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situación extraordinaria, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 24.
FIRMA: Barbara Castro
IDENTIFICACION: 20793410
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 11 de 12 del 24.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Andrea Moreno Teléfono: 3224187264
Identificado: 1072675116
Dirección: Chantame
Sexo: Hembra Raza: Criollo
Mascota: Susi Edad: 7 meses
Especie: felino

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situación extraordinaria, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 24
FIRMA:
IDENTIFICACION 1072675116
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 11 de 12 del 21
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Yudi Rodriguez
Identificado: 1070005880 Teléfono: 3125366309.
Dirección: Capellania.
Sexo: Macho
Mascota: Apolo Raza: Criollo
Especie: Canino Edad: 8 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situación extraordinaria, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 21
FIRMA: YUDY
IDENTIFICACIÓN: 1070005880
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 21
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Dayana Andrade
Identificado: 1070001038 6 Teléfono: 3196166239.
Dirección: Cantalon
Sexo: Hembra
Mascota: Luna
Especie: Felino
Raza: Criollo
Edad: 1 año

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situación extraordinaria, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 21
FIRMA: Dayana Andrade
IDENTIFICACION: 1070001038 6.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 11 de 12 del 21
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Yudi Rodriguez
Identificado: 1070005880 Teléfono: 3125366309
Dirección: Capellania
Sexo: Hembra
Mascota: Myla Raza: Criollo
Especie: Felino Edad: 2 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situación extraordinaria, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 21
FIRMA: Yudi
IDENTIFICACION: 1070005880
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 11 de 12 del 24
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Jhon Gonzales
Identificado: 1070008811 Teléfono: 3102631642
Dirección: Calahorra
Sexo: Hembra
Mascota: Amy Raza: Criollo
Especie: Felino Edad: 8 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja; lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 24
FIRMA: John Gonzalez
IDENTIFICACION: 1070008811
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 21
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Luis Alberto Chuisque
Identificado: 1070009481 Teléfono: 3004128021
Dirección: Canelon
Sexo: Hembra
Mascota: Alla Raza: Criollo
Especie: Felino Edad: 9 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situación extraordinaria, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 21
FIRMA: Shaira chacón
IDENTIFICACION: 1070009481
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 24
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Tatiana Ramirez
Identificado: 1033706192 Teléfono: 3105561351
Dirección: Capellania
Sexo: Macho
Mascota: Milan
Raza: Criollo
Especie: Felino
Edad: 1 año

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.

VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 24
FIRMA:
IDENTIFICACION: 1033706192.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 11 de 12 del 21
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Yadira Hernandez
Identificado: 38288111 Teléfono: 3123228070
Dirección: La Palma
Sexo: Macho
Mascota: Angel Raza: Criollo
Especie: Felino Edad: 8 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 21.
FIRMA:
IDENTIFICACION: 38288111
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 21
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Flor Moya
Identificado: 20504416 Teléfono: 3213375216
Dirección: Chuntame
Sexo: Hembra
Mascota: Mini Raza: Criolla
Especie: Felino Edad: 8 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 21
FIRMA: Flor Ma Moya
IDENTIFICACION: 20504116
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 21
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Rosa Maria leon
Identificado: 20122525 Teléfono: 3212325672.
Dirección: Chontamo
Sexo: Macho
Mascota: Popito Raza: Criollo
Especie: felino. Edad: 1 año

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 21
FIRMA: Rosa Mª León
IDENTIFICACION: 20122525
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 24
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Rodrigo Espinel
Identificado: 1007000 5674 Teléfono: 3138386588
Dirección: Rio Santo
Sexo: Macho
Mascota: Tom Raza: Criollo
Especie: Felino. Edad: 10 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 24
FIRMA:
IDENTIFICACION: 1007000 5674
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 21
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Yuliana Warner
Identificado: 1007005841 Teléfono: 3002586063
Dirección: Chontame
Sexo: Hembra.
Mascota: luna Raza: Criollo
Especie: Felino. Edad: 3 años.

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.

VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 21
FIRMA:
IDENTIFICACION: 1007005841
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 11 de 12 del 21
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Magdy Bello
Identificado: 1007002311 Teléfono: 3220083715
Dirección: Chontamé
Sexo: Hembra
Mascota: Cocotisa
Raza: Criollo
Especie: Felino
Edad: 4 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 21
FIRMA: MAGDY BELLO
IDENTIFICACION: 1007002311
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 14 de 11 del 24
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Luz Mari Caballero
Identificado: 1001057142 Teléfono: 3177175413
Dirección: Canelon
Sexo: Hembra
Mascota: Pantera Raza: Criollo
Especie: Felino Edad: 7 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.

VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 24
FIRMA: Yosmary C.
IDENTIFICACION: 1001057142.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Maria Grande.
Identificado: 52667731 Teléfono: 3103489175.
Dirección: Capellania.
Sexo: Hembra
Mascota: Andromeda. Raza: Criollo
Especie: Canino Edad: 7 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.

VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Maria Grande.
IDENTIFICACION: 52667731
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Gildardo. Toquica.
Identificado: 80852397. Teléfono: 3138432878
Dirección: Quebrada del campo.
Sexo: Hembra
Mascota: Simon.
Raza: criollo
Especie: Canino
Edad: 9 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.

VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Gildardo Toquica
IDENTIFICACION: 80852397.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Cordina Guyo
Identificado: 1070020570. Teléfono: 3150355516.
Dirección: Capellania.
Sexo: Hembra
Mascota: avena
Raza: Criollo.
Especie: canino
Edad: 6 meses.

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.

VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario.permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 /2024.
FIRMA:
IDENTIFICACION: 1070020370.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Carolina Guiza.
Identificado: 1072072370 Teléfono: 3158335516.
Dirección: Capellania.
Sexo: Hembra
Mascota: Zuzume Raza: Criollo
Especie: canino Edad: 1 año

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA:
IDENTIFICACION: 1072072370.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Carolina Guija
Identificado: 1070020370. Teléfono: 3158335516
Dirección: Capellanía
Sexo: macho
Mascota: Apolo Raza: Criollo
Especie: Canino Edad: 8 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 /2024.
FIRMA:
IDENTIFICACION: 1070020370.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 11 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Carolina Cuyo.
Identificado: 1070020370 Teléfono: 3150335516.
Dirección: Cogollana
Sexo: Hembra
Mascota: Bara
Raza: criollo
Especie: Canino.
Edad: 10 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA:
IDENTIFICACION: 1070070370.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Gustavo Nieto
Identificado: 2975670 Teléfono: 3115594134.
Dirección: Chuntame.
Sexo: Macho
Mascota: Bob. Raza: Criollo.
Especie: Canino Edad: 6 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.

VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11/12/2024.
FIRMA: S.
IDENTIFICACION: 2975670.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Gustavo Nieto.
Identificado: 79735670 Teléfono: 3115594134.
Dirección: Chuntame.
Sexo: Macho
Mascota: Arco Raza: Golden Retriver.
Especie: Canino. Edad: 3 años.

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.

VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11/12/2024.
FIRMA:
IDENTIFICACION: C.C. 79756716
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Irene bastidas
Identificado: 41466233. Teléfono: 3147249941
Dirección: Chunleme
Sexo: Hembra
Mascota: lulu Raza: criolla
Especie: Canino Edad: 2 años.

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11/12/2024.
FIRMA: Marina Bastidas.
IDENTIFICACION: 41966233
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.

REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Daniela Velazquez.
Identificado: 1076738080 Teléfono: 3212970946.
Dirección: Capellania
Sexo: Hembra
Mascota: Shakira Raza: Criollo
Especie: Canino Edad: 5 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA:
IDENTIFICACION: 1076738080.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Jessica Perez.
Identificado: 1070021043. Teléfono: 3133105034.
Dirección: Canelon.
Sexo: Macho.
Mascota: Iuki Raza: Criollo
Especie: Canino Edad: 4 años.

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.

VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11/12/2024.
FIRMA: Jessica PS
IDENTIFICACION: 1070021043.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.

REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Jessica Perez.
Identificado: 1070021093 Teléfono: 3133105034
Dirección: Canelon.
Sexo: Macho
Mascota: Toby Raza: Criollo
Especie: Canino Edad: 5 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Jessica P.
IDENTIFICACION: 1070021093
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Astrid perez.
Identificado: 1032477247. Teléfono: 3209908000
Dirección: Chuntame
Sexo: Hembra
Mascota: Avelita. Raza: Pinsher
Especie: Canino Edad: 5 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.

VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Astrid perez
IDENTIFICACION: 1032477247.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Astrid Perez
Identificado: 1037427747 Teléfono: 3209908000
Dirección: Chuntame
Sexo: Macho
Mascota: Astro Raza: Criollo
Especie: Canino Edad: 2 años.

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda-como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Astrid Perez.
IDENTIFICACION: 1032477247.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Astrid perez.
Identificado: 1052477247. Teléfono: 3209908000
Dirección: Chuntame
Sexo: Hembra.
Mascota: Yury
Especie: Canino
Raza: Pastor aleman.
Edad: 2 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Astrid perez.
IDENTIFICACION: 1052477247.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Astrid Perez
Identificado: 1032427247 Teléfono: 3209908000
Dirección: Chuntame
Sexo: Macho
Mascota: Max Raza: Criollo
Especie: Canino Edad: 2 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.

VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Astrid Perez.
IDENTIFICACION: 1032427247.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Astrid Perez.
Identificado: 1032927247 Teléfono: 3209908000
Dirección: chuntame.
Sexo: Macho
Mascota: Chester.
Especie: Canino.
Raza: Criollo
Edad: 4 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Astrid Perez
IDENTIFICACION: 1032927747.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Angie Carolina Parra.
Identificado: 1002541004 Teléfono: 3123605809
Dirección: Torre Capellania.
Sexo: Hembra
Mascota: Luna Raza: Criolla
Especie: felino Edad: 1 año

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.

VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Angie Parra
IDENTIFICACION: 1002541004
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Karen Saldaña
Identificado: 1073016632 Teléfono: 3172545452.
Dirección: Coedlonia
Sexo: Macho
Mascota: Piper Raza: Criollo.
Especie: felino Edad: 9 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 /2024.
FIRMA: 1073016632
IDENTIFICACION:
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: karen saldana.
Identificado: 1070016632. Teléfono: 3172545432.
Dirección: capellania
Sexo: Hembra
Mascota: Anubis.
Especie: felino.
Raza: criollo
Edad: 1año

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA:
IDENTIFICACION: 1070016632.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Yeraldin Sanchez
Identificado: 1070014165 Teléfono: 3164845804.
Dirección: Estacion.
Sexo: Hembra
Mascota: gata1 Raza: Criolla
Especie: felino. Edad: 7 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024
FIRMA: Yeraldin Sanchez
IDENTIFICACION: 1070014165.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Yeroldin Sanchez
Identificado: 1070014165. Teléfono: 3164845804.
Dirección: Eslecion
Sexo: Hembra
Mascota: gata 2.
Especie: felino
Raza: ~~gata~~ mestiza
Edad: 7 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cúales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024
FIRMA: Yeroldin. Sanchez.
IDENTIFICACION: 1070014165.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Nubia Scavedra.
Identificado: 20928134. Teléfono: 3232394914.
Dirección: Chunlome.
Sexo: Hembra
Mascota: Gatos cachos. Raza: Criollo
Especie: felino. Edad: 8 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.

VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA:
IDENTIFICACION: 20928134.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Karime Torres.
Identificado: 1014203387 Teléfono: 3172398695.
Dirección: Coccllana.
Sexo: Hembra
Mascota: Nosha.
Raza: Criollo
Especie: Felino.
Edad: 1 año.

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 2024.
FIRMA: Karime T.
IDENTIFICACION: 1014203387
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Karime Torres.
Identificado: 10 1420 3387. Teléfono: 3172398645.
Dirección: capellanía
Sexo: Hembra.
Mascota: Luna
Especie: felino
Raza: Hembra.
Edad: 7 ons

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Karime T.
IDENTIFICACION: 1014203387
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 21
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Vivian Honjora.
Identificado: 1070015443.
Teléfono: 3132635851.
Dirección: Capellania.
Sexo: Hembra.
Mascota: Baira.
Raza: Criolla.
Especie: Canino
Edad: 8 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situación extraordinaria, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 24
FIRMA: Vivian Honjora
IDENTIFICACION: 1070015443
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 21
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Daniela Rincón.
Identificado: 1007418311 Teléfono: 3134376423
Dirección: Cra 13 # 21B-21 Cajicá.
Sexo: Hembra.
Mascota: Kira.
Raza: Pitboll
Especie: Canino
Edad: 2 años.

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situación extraordinaria, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 21.
FIRMA: _____
IDENTIFICACION: _____
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 21

REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Daniela Rincón
Identificado: 1007 418311 Teléfono: 3154376123
Dirección: Cra 13 #21B-24 Cajicá
Sexo: Macho
Mascota: Max Raza: Criollo
Especie: Canino Edad: 1 año

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situación extraordinaria, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 24
FIRMA:
IDENTIFICACION: 1007418311
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 11 de 12 del 21
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Daniela Rincon
Identificado: 1007418311 Teléfono: 3151396423
Dirección: Cra 13 # 218-21 Cajicá
Sexo: Hembra.
Mascota: Violeta Raza: Criollo
Especie: Canino Edad: 4 años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situación extraordinaria, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 21.
FIRMA:
IDENTIFICACION: 1007418311
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Diana Carolina.
Identificado: 1070001a409 Teléfono: 3226120144.
Dirección: Rio grande
Sexo: Hembra
Mascota: _____
Especie: Canino. Raza: Criollo
Edad: 10 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 /12 /2024.
FIRMA: Diana Ruguie.
IDENTIFICACION: 1070019409
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Yeraldin Sanchez.
Identificado: 1070014165. Teléfono: 3164845804.
Dirección: Estacion.
Sexo: _____
Mascota: _____ Raza: Criollo
Especie: _____ Edad: 1½ AÑO

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes, Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Yeraldin Sanchez
IDENTIFICACION: 1070014165
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía , 11 de 12 del 21
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Daniela Rincón
Identificado: 1007 418 311 Teléfono: 3151376123
Dirección: Cra 13 # 218 - 24 Casa 1
Sexo: Hembra
Mascota: Milu Raza: Criollo
Especie: Canino. Edad: 1 año.

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.
VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.
Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.
Ademas, soy consciente y ACEPTO, la declinación a realización de exámenes prequirurgicos a mi animal de compañía (los cuales no los cubre el programa).

Adicionalmente se me ha explicado y entendido, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situación extraordinaria, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado.

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 21
FIRMA:
IDENTIFICACION: 1007 418 311
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Andres fierro
Identificado: 1075297468 Teléfono: 3223892739
Dirección: Bogota.
Sexo: Macho
Mascota:
Raza: Criollo
Especie: felino
Edad: 2½ Años

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 / 2024.
FIRMA: Andres fierro
IDENTIFICACION: 1075297468
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

VET SABANA
CLINICA VETERINARIA

Av. Pradilla 13 N 1 ' 12 – Colombia
Teléfono: 3148082075

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Chía, 11 de 12 del 2024.
REF: AUTORIZACION PARA HOSPITALIZACION Y/O CIRUGIA

Por medio de la presente, manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal, autorizo y asumo el riesgo para que los médicos veterinarios de la Clínica Vet Sabana le realicen los tratamientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio que sean necesarios.

Nombre del propietario: Duver franco
Identificado: 80350795. Teléfono: 3213670490.
Dirección: Chia.
Sexo: Macho
Mascota: Raza: Criollo.
Especie: canino. Edad: 7 meses

Con la presente acta, autorizo sean cargados a mi nombre todos los gastos, costos y me comprometo a cancelar la totalidad del saldo que quedase en el momento de liquidar la respectiva factura cambiaria de compraventa, incluso en caso de muerte del paciente. Así mismo si el paciente es remitido para hospitalización.
VET SABANA no se hace responsable de la perdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificado su diagnóstico o 2 días después de notificada la salida del paciente, evento en el cual se cobrara la tarifa de hospitalización hasta los 3 días calendario, pasado los cuales VET SABANA podrá libremente disponer del paciente y el propietario o responsable del paciente no tendrá derecho a realizar ningún tipo de reclamación contra el establecimiento.

VET SABANA no responde por el valor de los animales que consecuencia directa de la enfermedad o por cuadro infeccioso avanzado no fue posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponibles.

Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y demás personal de VET SABANA Declaro que he sido informado acerca del pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extracontractual en virtud del servicio que prestan al animal. El horario de visitas de lunes a viernes es de 10 AM a 12 PM y de 2 PM a 4 PM; sábados, domingos y días festivos es un único horario de visitas de 10 AM a 12 PM
Horario de entrega de pacientes: 10:00AM- 4:00 PM con previo aviso y comunicación a los propietarios.

Además, soy consciente y ACEPTO la declinación a realización de exámenes pre quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el programa).
Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que puedan presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. Tambien entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado, como lo son que queden ovarios remanentes. Adicional AUTORIZO que mi animal de compañía sea tatuado en la oreja izquierda como señal de que fue operado

De conformidad con todo lo anteriormente estipulado en la presente acta de consentimiento, firmo en calidad de aceptante y propietario de la mascota (o en su presentación debidamente autorizada).

ESTE DOCUMENTO TIENE ACCION LEGAL Y SE FIRMA EL DIA 11 / 12 /2024.
FIRMA:
IDENTIFICACION: 80350795.
SELLO O FIRMA DE LA CLINIA VETERINARIA

Escaneado con CamScanner

REGISTRO INGRESOS DE PACIENTES A CLINICA

ENTIDAD	FECHA	PACIENTE	DESCRIPCION
ALCALDIA DE CAJICA	9 de diciembre de 2024	PANCHA	Felino se recogen en las instalaciones de la secretaria de ambiente
ALCALDIA DE CAJICA	10 de diciembre de 2024	TAYSON	Caninoo pitull de color blanco con café es recogido en las instalaciones de la secretaria de ambiente
ALCALDIA DE CAJICA	10 de diciembre de 2024	BRANDON	Canino criollo de color negro se recoge en las instalaciones de la secretaria de ambiente
ALCALDIA DE CAJICA	11 de diciembre de 2024	CARELIPIDO	Canino criollo de color amarillo se recoge en las instalaciones de la secretaria de ambiente
ALCALDIA DE CAJICA	11 de diciembre de 2024	MILO	Canino criollo de color amarillo se recoge en las instalaciones de la secretaria de ambiente
ALCALDIA DE CAJICA	16 de diciembre de 2024	LUNA	Canino es recogido en la secretaria de ambiente y desarrollo, con fractura
ALCALDIA DE CAJICA	17 de diciembre de 2024	MIA	Canino border collie con una heridas es recogido en las instalaciones de la secretaria de

			ambiente y desarrollo rural
ALCALDIA DE CAJICA	18 de diciembre de 2024	PACO	Canino cachorro color negro criollo es recogido en la secretaria de ambiente y desarrollo rural
ALCALDIA DE CAJICA	21 de diciembre de 2024	TROYA	Canino pastor alemar con una herida en el miembro anterior es recogida en las instalaciones de la secretaria de ambiente

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

13 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	TAYSON	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	PITBULL	**EDAD**	N/R
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	CAFÉ
CONSISTENCIA	BLANDA
ASPECTO	DIARREICA
OLOR	S.G
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	++
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	+
LEUCOCITOS	3-5 XCA
HEMATIES	OCASIONALES
CÉLULAS EPITELIALES	OCASIONALES
LEVADURAS	NEGATIVO
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	LIGERAMENTE AUMENTADA MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

13 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	TOBY	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	N/R
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	CAFÉ
CONSISTENCIA	PASTOSA
ASPECTO	BLANDA
OLOR	S.G
MOCO	NEGATIVO
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	++
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	++
LEUCOCITOS	4-6 XCA
HEMATIES	2-4 XCA
CÉLULAS EPITELIALES	3-5 XCA
LEVADURAS	NEGATIVO
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	NORMAL MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

13 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	TOMAS	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	PITBULL	**EDAD**	N/R
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	CAFÉ
CONSISTENCIA	PASTOSA
ASPECTO	BLANDA
OLOR	A.G
MOCO	NEGATIVO
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	+
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	++
LEUCOCITOS	3-6 XCA
HEMATIES	0-2 XCA
CÉLULAS EPITELIALES	2-4 XCA
LEVADURAS	++
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	NORMAL MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
FORMAS PARASITARIAS DE COCCIDIA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

13 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	TROYA	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	PASTOR ALEMÁN	**EDAD**	NO REGISTRA
SEXO	HEMBRA	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO 3

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	CAFÉ
CONSISTENCIA	PASTOSA
ASPECTO	BLANDA
OLOR	S.G
MOCO	NEGATIVO
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	++
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	+
LEUCOCITOS	0-2 XCA
HEMATIES	NEGATIVO
CÉLULAS EPITELIALES	OCASIONALES
LEVADURAS	+
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	NORMAL MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

18 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	YOGUI	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	NO REGISTRA
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	CAFÉ
CONSISTENCIA	PASTOSA
ASPECTO	BLANDA
OLOR	S.G
MOCO	NEGATIVO
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	++
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	++
LEUCOCITOS	0-2 XCA
HEMATIES	NEGATIVO
CÉLULAS EPITELIALES	0-2 XCA
LEVADURAS	NEGATIVO
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	NORMAL MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

13 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	ZEUS	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	PITBULL	**EDAD**	NO REGISTRA
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	CAFÉ
CONSISTENCIA	PASTOSA
ASPECTO	BLANDA
OLOR	S.G
MOCO	NEGATIVO
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	+
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	++
LEUCOCITOS	3-6 XCA
HEMATIES	0-2 XCA
CÉLULAS EPITELIALES	1-3 XCA
LEVADURAS	NEGATIVO
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	LIGERAMENTE AUMENTADA MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

13 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	LIZ	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	N/R
SEXO	HEMBRA	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	CAFÉ
CONSISTENCIA	BLANDA
ASPECTO	DIARREICA
OLOR	S.G
MOCO	+
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	+
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	+
LEUCOCITOS	3-5 XCA
HEMATIES	OCASIONALES
CÉLULAS EPITELIALES	OCASIONALES
LEVADURAS	NEGATIVO
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	LIGERAMENTE AUMENTADA MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
QUISTES DE ***Giardia sp.*** ++	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

13 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	LOLA	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	N/R
SEXO	HEMBRA	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	CAFÉ
CONSISTENCIA	BLANDA
ASPECTO	DIARREICA
OLOR	S.G
MOCO	++
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	++
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	+
LEUCOCITOS	3-5 XCA
HEMATIES	OCASIONALES
CÉLULAS EPITELIALES	OCASIONALES
LEVADURAS	NEGATIVO
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	LIGERAMENTE AUMENTADA MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
QUISTES DE ***Giardia sp.*** ++	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

13 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	LUCAS	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	NO REGISTRA
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	PARDO OSCURO
CONSISTENCIA	MUCOIDE
ASPECTO	DIARREICA
OLOR	S.G
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	+
FIBRAS VEGETALES	++
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	+
LEUCOCITOS	0-2 XCA
HEMATIES	1-3 XCA
CÉLULAS EPITELIALES	2-4 XCA
LEVADURAS	NEGATIVO
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	NORMAL
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

13 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	LUNA	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	BULLY	**EDAD**	NO REGISTRA
SEXO	HEMBRA	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	PARDO OSCURO
CONSISTENCIA	BLANDA
ASPECTO	DIARREICA
OLOR	S.G
MOCO	NEGATIVO
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	+
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	++
LEUCOCITOS	2-4 XCA
HEMATIES	OCASIONALES
CÉLULAS EPITELIALES	0-2 XCA
LEVADURAS	NEGATIVO
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	NORMAL MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

13 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	MONI	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	NO REGISTRA
SEXO	HEMBRA	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	CAFÉ
CONSISTENCIA	PASTOSA
ASPECTO	BLANDA
OLOR	FÉTIDO
MOCO	NEGATIVO
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	++
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	+
LEUCOCITOS	2-4 XCA
HEMATIES	NEGATIVO
CÉLULAS EPITELIALES	0-2 XCA
LEVADURAS	NEGATIVO
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	NORMAL MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

13 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	MAX	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	N/R
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	CAFÉ
CONSISTENCIA	PASTOSA
ASPECTO	BLANDA
OLOR	S.G
MOCO	NEGATIVO
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	+
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	++
LEUCOCITOS	1-3 XCA
HEMATIES	OCASIONALES
CÉLULAS EPITELIALES	2-4 XCA
LEVADURAS	NEGATIVO
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	NORMAL MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

18 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	MECHAS	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	NO REGISTRA
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	CAFÉ
CONSISTENCIA	PASTOSA
ASPECTO	BLANDA
OLOR	S.G
MOCO	NEGATIVO
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	++
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	++
LEUCOCITOS	0-2 XCA
HEMATIES	NEGATIVO
CÉLULAS EPITELIALES	0-2 XCA
LEVADURAS	NEGATIVO
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	NORMAL MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

13 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	MILU	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	NO REGISTRA
SEXO	HEMBRA	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	CAFÉ
CONSISTENCIA	BLANDA
ASPECTO	GRANULOSA
OLOR	S.G
MOCO	NEGATIVO
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	+
FIBRAS VEGETALES	++
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	+
LEUCOCITOS	OCASIONALES
HEMATIES	NEGATIVO
CÉLULAS EPITELIALES	0-2 XCA
LEVADURAS	+
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	NORMAL MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

13 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	PANQUECITA	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	NO REGISTRA
SEXO	HEMBRA	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	CAFÉ
CONSISTENCIA	PASTOSA
ASPECTO	BLANDA
OLOR	S.G
MOCO	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	+
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	++
LEUCOCITOS	2-4 XCA
CÉLULAS EPITELIALES	6-8 XCA
LEVADURAS	+
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	LIGERAMENTE AUMENTADA CON PREDOMINIO BACILAR
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

13 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	POLO	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	LABRADOR	**EDAD**	NO REGISTRA
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	CAFÉ
CONSISTENCIA	PASTOSA
ASPECTO	BLANDA
OLOR	S.G
MOCO	NEGATIVO
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	++
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	+
LEUCOCITOS	2-4 XCA
HEMATIES	0-2 XCA
CÉLULAS EPITELIALES	OCASIONALES
LEVADURAS	NEGATIVO
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	LIGERAMENTE AUMENTADA MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

13 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	POOL	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	NO REGISTRA
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	CAFÉ
CONSISTENCIA	PASTOSA
ASPECTO	BLANDA
OLOR	FÉTIDO
MOCO	NEGATIVO
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	++
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	+
LEUCOCITOS	0-2 XCA
HEMATIES	0-2 XCA
CÉLULAS EPITELIALES	2-4 XCA
LEVADURAS	NEGATIVO
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	LIGERAMENTE AUMENTADA MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

11 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	PUMBA	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	CRIOLO	**EDAD**	NO REGISTRA
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	CAFÉ
CONSISTENCIA	PASTOSA
ASPECTO	BLANDA
OLOR	S.G
MOCO	NEGATIVO
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	++
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	+
LEUCOCITOS	3-6 XCA
HEMATIES	OCASIONALES
CÉLULAS EPITELIALES	0-2 XCA
LEVADURAS	NEGATIVO
BLASTOCONIDIAS	+
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	NORMAL MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

13 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	RISAS	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	CRIOLO	**EDAD**	NO REGISTRA
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDÍA DE CAJICÁ		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	CAFÉ
CONSISTENCIA	PASTOSA
ASPECTO	BLANDA
OLOR	S.G
MOCO	NEGATIVO
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	++
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	+
LEUCOCITOS	3-6 XCA
HEMATIES	OCASIONALES
CÉLULAS EPITELIALES	0-2 XCA
LEVADURAS	NEGATIVO
BLASTOCONIDIAS	+
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	NORMAL MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Vet Sabana Clinica Veterinaria
Avenida Pradilla #1-12
Telefonos.: 314 808 2075
Nit.: 901835125-4
vetsabanachia@gmail.com

Historia Clinica

2024-12-21 10:30:17 PM

Datos del paciente

No. Historia: 1250	**Paciente:** Brandon	**Especie:** CANINO
Raza: Mestizo	**Color:** Negro	**Sexo:** Macho Castrado
Nacido: 2017-01-01	**Propietario:** ALCALDIA DE CAJICA	**Documento:** 8999994650
Esteril: NO		

Informacion General

No. Consulta: 1274	**Veterinario:** Angie Vanessa Ortega Garcia	**Fecha:** 2024-12-10

Anamnesicos:
Paciente ingresa por motivo aparentemente tiene fractura a nivel de la cadera, no controla esfínter, fue atropellado hace 1 mes.

T: 37.9	**Frec. Cardi.:** 38	**Frec. Resp.:** 84
Pulso: FSC	**Mucosas:** ROSADAS	**Deshidratación:** 5%
Peso: 19.2 Kg	**TLLC:** 2	**TRPC:** 2

Actitud Propietario: DEPRIMIDO

Cond. Corporal: 2/5

Examen físico:
Ingresa paciente traído en auto por persona externa, la cual refiere que fue atropellado por un auto hace aproximadamente 1 mes y puede tener presencia de fractura; Paciente se encuentra en estado deprimido, alerta frente a los estímulos ambientales y generados.

Se procede a realizar examen clínico mediante observación, palpación, sucusión, auscultación, percusión, etc.

Lista problemas: 1. Propiocepción ausente de MPS
2. Dolor superficial disminuido pero responde al profundo de MPS.
3. Reflejo panicular disminuidos desde L4 aproximadamente
5. Hipotonía MPS
6. Se imposibilita mantenerse en estación ni marcha pero intenta "moverse" con sus MAS
7. Paresia
8. Parálisis espástica
9. Posición de perro sentado
10. Reflejo rotuliano bilateral disminuido

11. Sonido cardiaco moderadamente marcado compatible con aparente soplo
12Deshidratacion 5%
13. Hipotermia

Lista maestra: I.1,2,3,4,5,7,8,9
II.5,11,12
III. 12,13

Diagnósticos: 1. Fractura de cadera y/o pelvis: Fractura acetabular
2. Lesión de la médula espinal
3. Daño a nervios periféricos
4. Complicaciones secundarias al trauma

Exámenes Complementarios: 1 Radiografías
Pelvis y cadera (ventrodorsal y lateral).
Columna vertebral (lateral y ventrodorsal, enfoque en región lumbosacra).
Tórax (lateral derecha, lateral izquierda y ventrodorsal).
2. Evaluación neurológica completa
3. PQX 2

Receta:

Tratamiento: Manejo intrahospitalario
M.V Angie Ortega

Fecha control: 2024-12-10 **Próximo control:** 2024-12-31

Vet Sabana Clinica Veterinaria
Avenida Pradilla #1-12
Telefonos.: 314 808 2075
Nit.: 901835125-4
vetsabanachia@gmail.com

Historia Hospitalización

No. Historia: 1250
Paciente: Brandon
Especie: CANINO
Raza: Mestizo
Sexo: Macho Castrado
Nacido: 2017-01-01
Alimentacion: concentrado
Estado Antipara: No Vigente
Estado Vacunal: No Vigente
Propietario: ALCALDIA DE CAJICA
Documento: 8999994650
Telefono: 3112967561
Correo:

No. Hospita: 252

Procedimiento:
Se instaura la siguiente terapia intrahospitalariamente: Tiempo de reposición 142 Tiempo de mantenimiento 213 Perdidas sensibles 100 mL/24 H 455 mL/H 19 Got/s 1got/3 " Micro - Dexametasona (0.5 mg/Kg) 2.4 mL, IV, BID - Pregabalina (3 mg/Kg) 2.9 mL, VO, BID - Omeprazol (0.7 mg/Kg) 3.3 mL, IV, BID - Dextromin (10 mL/Kg) 95 mL, IF, BID Alimento: Hills cuidado gastrointestinal

Fecha Entrada: 2024-12-10 19:00:00

Fecha Salida: 2024-12-16 10:00:00

Observaciones:
10/12/2024 (Ingreso – 7:00 P.M)
Constantes Fisiológicas
- T: 38
- FC: 84 LPM
- FR: 12 RPM
- PULSO: FNSC
- MUCOSAS: Rosa – pálida
- TLLC: 2”
- ANIMO: Deprimido
- APETITO: No
- SED: No
- ORINA: No
- VOMITO: No
- DIARREA: No
- DEFECO: No

- Paciente deprimido, apático, adinámico, atento frente a los estímulos ambientales y generados, se procede a canalizar para iniciar con terapia de medicación e hidratación según sus requerimientos, extracción de muestras sanguíneas para realizar laboratorios pertinentes, se da prioridad a realizar manejo de dolor para luego proceder a realizar las radiografías de columna
10/12/2024 (7:00 PM) – 11/12/2024 (7:00 A.M)
- T: 37.3

- FC: 60 LPM
- FR: 20 RPM
- PULSO: FNSC
- MUCOSAS: Rosa – pálida
- TLLC: 2”
- ANIMO: Ligeramente deprimido
- APETITO: Si
- SED: Si
- ORINA: Si
- VOMITO: No
- DIARREA: No
- DEFECO: Si

Paciente alerta, levemente deprimido, consume alimento y agua a voluntad, constantes fisiológicas en rango, a excepción de la temperatura puesto que el paciente presentó hipotermia a pesar del apoyo térmico brindado a lo largo de la noche y madrugada y su frecuencia cardiaca dado que presenta bradicardia, se realiza medicación en las horas estipuladas, defeca aproximadamente a la 1:00, presencia de estreñimiento no controla esfínteres, se orina sin embargo paciente refiere molestia; se entrega paciente con vía permeable
11/12/2024 (7:00 A.M– 7:00 P.M)
- T: 37.7
- FC: 110 LPM
- FR: 21 RPM
- PULSO: FNSC
- MUCOSAS: Rosa – pálida
- TLLC: 2”
- ANIMO: Deprimido
- APETITO: Si
- SED: Si
- ORINA: Sonda
- VOMITO: No
- DIARREA: No
- DEFECO: No

En horas de la mañana se evidencia que el paciente no retiene la orina, sin embargo es evidente que presenta incomodidad y dolor, por tanto, se sugiere sondeo urinario, persona a cargo autoriza
En horas de la tarde de manera verbal se expresa a persona a cargo del paciente el parte médico con recomendaciones respectivas (interconsulta con neurología para poder realizar resonancia magnética) adicional se expresa que el pronóstico del paciente es reservado a malo por los hallazgos clínicos encontrados y por posible lesión medular con evolución prolongada.
Paciente alerta, pero continúa estando deprimido, come y toma agua de manera voluntaria, el vaciamiento urinario debe ser a través de sonda puesto que al paciente por si solo relaja sus esfínteres para orinar, resultados de los exámenes sugerentes a anemia, uremia, paciente continua con hipotermia y bradicardia; Se toman placas radiográficas donde se evidencia una luxación de la articulación coxofemoral izquierda, para proceder se sugiere realizar resonancia e interconsulta con neurología para determinar la localización de la lesión y a partir de ello conocer el dictamos y saber si la cirugía es viable.
11/12/2024 (7:00 P.M) – 12/12/2024 (7:00 A.M)
- T: 37.8
- FC: 80 LPM
- FR: 16 RPM
- PULSO: FNSC
- MUCOSAS: Rosa – pálida
- TLLC: 2”
- ANIMO: Ligeramente deprimido

- APETITO: Si
- SED: Si
- ORINA: Sonda
- VOMITO: No
- DIARREA: No
- DEFECO: No

Se entrega paciente alerta pero deprimido en canil, constantes fisiológicas en rango, salvo su frecuencia cardiaca puesto que presenta frecuencia cardiaca en límite inferior y temperatura, paciente hipotérmico .durante el turno paciente no refiere ningún episodio emético, paciente durante el turno no presenta alteraciones entéricas como diarreas de ningún tipo, pero tampoco defeca, se médica al día, se hidrata, paciente recibe agua q voluntad y comida y la tolera, se continúa con medicación estipulada, paciente no presenta sensibilidad tanto superficial como profunda
12/12/2024 (7:00 A.M – 7:00 P.M)
- T: 38.1
- FC: 80 LPM
- FR: 19 RPM
- PULSO: FNSC
- MUCOSAS: Rosa – pálida
- TLLC: 2”
- ANIMO: Ligeramente deprimido
- APETITO: Si
- SED: Si
- ORINA: Sonda
- VOMITO: No
- DIARREA: No
- DEFECO: No

- Paciente se muestra ligeramente deprimido y responde a estímulos se saca al sol puesto que al paciente se le dificulta termorregular de manera oportuna por sí solo, se acude a medios externos, continua con sonda , donde se obtiene abundante orina de olor fuerte, oscuro y concentrada, se toma muestra para procesar parcial de orina, paciente con frecuencia cardiaca en límite inferior.
- Resultados parciales de orina sugerentes de: Leucocitos 30-40 XCA y bacterias +++, lo que se relaciona con posible infección urinaria avanzada de tipo bacteriana, presencia de proteína, células de transición y escamosas; se instaura Ampicilina+sulbactam a 25mg/kg IV BID, en exámenes de sangre presenta Anemia leve, HTO 32 y UREA en 48,6, lo cual se relaciona posiblemente con presencia de hemoparasitos. Paciente consume alimento con apetito por lo cual se suspende el Dextromin y toma agua a voluntad. No defeca durante el turno.

12/12/2024 (7:00 P.M) – 13/12/2024 (7:00 A.M)
- T: 37.6
- FC: 44 LPM
- FR: 24 RPM
- PULSO: FNSC
- MUCOSAS: Rosa – pálida
- TLLC: 2”
- ANIMO: Ligeramente deprimido
- APETITO: Si
- SED: Si
- ORINA: Sonda
- VOMITO: No
- DIARREA: No
- DEFECO: No

Se entrega paciente alerta pero deprimido en canil, se evidencia bradicardia e hipotermia, durante el turno paciente no refiere ningún

episodio emético, paciente durante el turno no presenta alteraciones entéricas como diarreas de ningún tipo, defeca no controla esfínter , se médica al día, se hidrata, paciente recibe agua q voluntad y comida y la tolera, se continúa con medicación estipulada, paciente continúa presentando soplo cardiaco marcado 5/6, continua con sonda urinaria, se obtiene una orina turbia y con olor marcado, paciente no refiere mayores cambios ni cambios favorables durante el turno, se debe ayudar a cambiar de posición puesto que por si solo se le imposibilita.
13/12/2024 (7:00 A.M – 7:00 P.M)
- T: 37.0
- FC: 72 LPM
- FR: 24 RPM
- PULSO: FNSC
- MUCOSAS: Rosa – pálida
- TLLC: 2”
- ANIMO: Deprimido
- APETITO: Si
- SED: Si
- ORINA: Sonda
- VOMITO: No
- DIARREA: No
- DEFECO: No

-Paciente se muestra deprimido en canil sin embargo alerta fuera de la jaula, se debe estar cambiando de posición y ayudarlo a mover dado en dos ocasiones (12:00 P.M y 5:00 P.M), en donde a pesar de su correspondiente terapia de fluidos continua y medicación estipulada, se obtiene orina de características amarilla turbia con olor fuerte, se ayuda a termorregular con medios externos puesto que el paciente no termorreguila y presenta hipotermia, continua con bradicardia. Se ofrece alimento el cual consume con bastante apetito y toma agua a voluntad. A la espera de respuesta de propietarios sobre paso a seguir.

13/12/2024 (7:00 P.M) – 14/12/2024 (7:00 A.M)
- T: 37.8
- FC: 68 LPM
- FR: 28 RPM
- PULSO: FNSC
- MUCOSAS: Rosa – pálida
- TLLC: 2”
- ANIMO: Deprimido
- APETITO: Si
- SED: Si
- ORINA: Sonda
- VOMITO: No
- DIARREA: No
- DEFECO: No

- Se entrega paciente alerta pero deprimido en canil, paciente bradicardico e hipotermico, durante el turno paciente no refiere ningún episodio emético, paciente durante el turno no presenta alteraciones entéricas como diarreas de ningún tipo, pero tampoco defeca, se médica al día según requerimientos, paciente recibe agua a voluntad y comida y la tolera, se continúa con medicación estipulada, se obtiene una orina turbia y con olor marcado, paciente no refiere mayores cambios durante el turno.
14/12/2024 (7:00 A.M – 7:00 P.M)
- T: 37.5
- FC: 49 LPM
- FR: 20 RPM
- PULSO: FNSC
- MUCOSAS: Rosa – pálida

- TLLC: 3”
- ANIMO: Deprimido
- APETITO: Si
- SED: Si
- ORINA: Sonda
- VOMITO: No
- DIARREA: No
- DEFECO: Si

Paciente permanece atento, estable pero deprimido dentro de la jaula, se ayuda a acomodar y cambiar de posición, se ayuda con una cobija a salir para que camine pueda mover sus miembros anteriores. Orina por sonda, se observa orina de color más oscura y continua con olor fuerte y defeca de manera consistente, consume concentrado y agua de manera voluntaria.

14/12/2024 (7:00 P.M) – 15/12/2024 (7:00 A.M)

- T: 37.9
- FC: 100 LPM
- FR: 22 RPM
- PULSO: FNSC
- MUCOSAS: Rosa – pálida
- TLLC: 3”
- ANIMO: Deprimido
- APETITO: Asistido
- SED: Si
- ORINA: Sonda
- VOMITO: No
- DIARREA: No
- DEFECO: Si

-Paciente deprimido, atento frente a los estímulos ambientales y generados, sin embargo, se evidencia deprimido, se realiza vaciado por sonda en dos ocasiones durante la noche (11:00 P.M y a las 6:00 A.M), en donde en ambas ocasiones logra extraerse orina, paciente no controla esfinteres, continua sin sensibilidad en el tren posterior consume agua y alimento de manera voluntaria, constantes fisiológicas en rango, medicación al día, se realiza desparasitación externa con fiprostar, medicación al día, vía permeable, paciente continúa sin presentar cambios oportunos o favorables, temperatura en límite inferior y leve bradicardia.

15/11/2024 (7:00 A.M – 7:00 P.M)

- T: 37.8
- FC: 120 LPM
- FR: 40 RPM
- PULSO: FNSC
- MUCOSAS: Rosa – pálida
- TLLC: 3”
- ANIMO: Deprimido
- APETITO: Sí
- SED: Si
- ORINA: Sonda
- VOMITO: No
- DIARREA: No
- DEFECO: No

Paciente estable, deprimido, paciente come y toma agua de manera voluntaria, no se evidencia evolución optima, continúa con temperatura y frecuencia cardiaca fluctuante, se debe ayudar al vaciamiento vesical a través de sonda (paciente sin control de esfínteres). No presenta episodios de vomito o de diarrea, Paciente sin buena evolución, a espera de paso a seguir por parte de tutor.

- T: 38.1
- FC: 92 LPM
- FR: 28 RPM

- PULSO: FNSC
- MUCOSAS: Rosa – pálida
- TLLC: 3”
- ANIMO: Deprimido
- APETITO: Sí
- SED: Si
- ORINA: Sonda
- VOMITO: No
- DIARREA: No
- DEFECO: Sí

16/12/2024 am

Paciente deprimido, atento frente a los estímulos ambientales y generados, sin embargo, se evidencia demasiado deprimido, se realiza vaciado por sonda, paciente no controla esfinteres, continua sin sensibilidad en el tren posterior consume agua y alimento de manera voluntaria, constantes fisiológicas en rango, de acuerdo a los resultados de los exámenes y al mal pronóstico se toma la decisión de realizar eutanasia humanitaria

Diagnóstico final:

Enfermedad renal crónica con complicaciones sistémicas, anemia y cistitis, asociada a parálisis de miembros posteriores, daño medular

Angia Ortega

T.P 45610

No. Hospita:	**Procedimiento:**	**Fecha Entrada:**	**Fecha Salida:**
257		2024-12-21 21:58:49	1969-12-31 19:00:00

Observaciones:

Diagnóstico final:

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com
Dirección: Av. Pradilla Diag. 13 #1-12

10 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	BRANDON	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	MESTIZO	**EDAD**	N/R
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICÁ		

CUADRO HEMATICO

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
ERITROCITOS	**mm³**	**4.650**	**5.500 – 8.500**
HEMATOCRITO	**%**	**32**	**39 – 56**
HEMOGLOBINA	g/dl	**10.5**	**11 – 19**
VCM	**fl**	70.4	**62 – 72**
HCM	**pg**	22.5	**20 – 25**
CHCM	**g/dl**	30	**30 – 38**
NORMOBLASTOS	**%**	0	**0 – 1**
MORFOLOGÍA	GLÓBULOS ROJOS NORMOCÍTICOS, NORMOCRÓMICOS.		

	Unidades de Medida	Resultado		Valores de Referencia
LEUCOCITOS	**mm³**	6.800		**6.000 – 17.000 /mm³**
	Valor Relativo	**Valores de Referencia**	**Valor Absoluto**	**Valores de Referencia**
NEUTRÓFILOS	80.9	**60 – 83 %**	5.501	**4.000 – 12.600 c/µl**
LINFOCITOS	16	**12 – 30 %**	1.088	**800 – 5.100 c/µl**
EOSINOFILOS	0	**0 – 5 %**	0	**0 - 1.220 c/µl**
MONOCITOS	3.1	**3 – 19 %**	211	**0 - 1800 c/µl**
BASÓFILOS		**0 – 1 %**		**0 - 190 c/µl**
BANDAS		**0 – 1 %**		**0 - 500 c/µl**
METAMIELOCITOS		**0 %**		**0 c/µl**
MIELOCITOS		**0 %**		**0 c/µl**
MORFOLOGÍA				

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
PLAQUETAS	**/mm³**	299.000	**100.000 - 460.000**
MORFOLOGÍA			

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
PPT	**g/dl**	6.4	**5.5 – 7.0**
ALBÚMINA	**g/dl**	2.6	**2.3 - 3.8**
GLOBULINAS	**g/dl**	3.8	**3.0 – 4.1**

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com
Dirección: Av. Pradilla Diag. 13 #1-12

PACIENTE	BRANDON	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	MESTIZO	**EDAD**	N/R
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICÁ		

QUÍMICA SANGUÍNEA

PARÁMETRO	RESULTADO	VALORES NORMALES
ALT	21	19 – 57 U/L
UREA	**48.6***	20 – 45 mg/dl
BUN	**46.7**	8 – 33 mg/dl
CREATININA	**3.4**	0.6 – 1.4 mg/dl
FOSFATASA ALCALINA	19.2	15 – 185 U/L
ASPECTO SÉRICO	NORMAL	

* RESULTADO CONFIRMADO POR DUPLICADO EN LA MISMA MUESTRA

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com
Dirección: Av. Pradilla Diag. 13 #1-12

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

PACIENTE	BRANDON	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	MESTIZO	**EDAD**	N/R
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICÁ		

UROANÁLISIS

EXAMEN FÍSICO		EXAMEN QUÍMICO	
COLOR	AMARILLO	BILIRRUBINA	NEGATIVO
ASPECTO	LIG. TURBIO	UROBILINÓGENO	NORMAL
DENSIDAD	1036	C. CETONICOS	NEGATIVO
OLOR	SUI GENERIS	GLUCOSA	NEGATIVO
ESPUMA	NEGATIVO	PROTEÍNA	TRAZAS
		SANGRE	NEGATIVO
		NITRITOS	NEGATIVO
		PH	8.0
		LEUCOCITOS	NEGATIVO
EXAMEN MICROSCÓPICO			
LEUCOCITOS		0-2 XCA	
HEMATIES		NEGATIVO	
CELULAS EPITELIALES DE TRANSICION		2-4 XCA	
CELULAS EPITELIALES ESCAMOSAS		OCASIONALES	
CELULAS RENALES		NEGATIVO	
CILINDROS HIALINOS		NEGATIVO	
CILINDROS GRANULARES		NEGATIVO	
CRISTALES		NEGATIVO	
GOTAS DE GRASA		+	
ESPERMATOZOIDES		NEGATIVO	
LEVADURAS		NEGATIVO	
BACTERIAS		ESCASAS	
MOCO		NEGATIVO	
OTROS:			

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com
Dirección: Av. Pradilla Diag. 13 #1-12

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

12 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	CARELIPIDO	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	MESTIZO	**EDAD**	12 AÑOS
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	VETSABANA
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICA		

CUADRO HEMATICO

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
ERITROCITOS	**mm³**	5.760	**5.500 – 8.500**
HEMATOCRITO	**%**	**38**	**39 – 56**
HEMOGLOBINA	g/dl	12.6	**11 – 19**
VCM	**fl**	72	**62 – 72**
HCM	**pg**	21.8	**20 – 25**
CHCM	**g/dl**	29.3	**30 – 38**
NORMOBLASTOS	**%**	0	**0 – 1**
MORFOLOGÍA	GLÓBULOS ROJOS NORMOCÍTICOS, NORMOCRÓMICOS.		

	Unidades de Medida	Resultado		Valores de Referencia
LEUCOCITOS	**mm³**	**17.800**		**6.000 – 17.000 /mm³**
	Valor Relativo	**Valores de Referencia**	**Valor Absoluto**	**Valores de Referencia**
NEUTRÓFILOS	83	**60 – 83 %**	**14.900**	**4.000 – 12.600 c/µl**
LINFOCITOS	**9.4**	**12 – 30 %**	1.600	**800 – 5.100 c/µl**
EOSINOFILOS	0	**0 – 5 %**	0	**0 - 1.220 c/µl**
MONOCITOS	7.6	**3 – 19 %**	1.300	**0 - 1800 c/µl**
BASÓFILOS		**0 – 1 %**		**0 - 190 c/µl**
BANDAS		**0 – 1 %**		**0 - 500 c/µl**
METAMIELOCITOS		**0 %**		**0 c/µl**
MIELOCITOS		**0 %**		**0 c/µl**
MORFOLOGÍA				

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
PLAQUETAS	**/mm³**	278.000	**100.000 - 460.000**
MORFOLOGÍA			

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
PPT	**g/dl**	**8.2**	**5.5 – 7.0**
ALBÚMINA	**g/dl**	**2.2**	**2.3 - 3.8**
GLOBULINAS	**g/dl**	**6.0**	**3.0 – 4.1**

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com
Dirección: Av. Pradilla Diag. 13 #1-12

VET SABANA
CLÍNICA VETERINARIA

12 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	CARELIPIDO	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	MESTIZO	**EDAD**	12 AÑOS
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	VETSABANA
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICA		

QUÍMICA SANGUÍNEA

PARÁMETRO	RESULTADO	VALORES NORMALES
ALT	26.7	19 – 57 U/L
UREA	**46.7***	20 – 45 mg/dl
BUN	21.8	8 – 33 mg/dl
CREATININA	1.0	0.6 – 1.4 mg/dl
FOSFATASA ALCALINA	27	15 – 185 U/L
ASPECTO SÉRICO	NORMAL	

* RESULTADO CONFIRMADO POR DUPLICADO EN LA MISMA MUESTRA

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Vet Sabana Clinica Veterinaria
Avenida Pradilla #1-12
Telefonos.: 314 808 2075
Nit.: 901835125-4
vetsabanachia@gmail.com

Historia Hospitalización

No. Historia: 1338
Paciente:CARELIPIDO
Especie: CANINO
Raza: Mestizo
Sexo: Macho
Nacido: 2014-11-12
Alimentacion: concentrado
Estado Antipara: No Vigente
Estado Vacunal: No Vigente
Propietario: ALCALDIA CAJICA
Documento: 899999465-0
Telefono:
Correo: ventanillapqrs-alcaldia@cajica.gov.co

No. Hospita:	Procedimiento:	Fecha Entrada:	Fecha Salida:
250	Hospitalización Ingresa paciente a hospitalización para realizar examen clinico, estabilización, monitorización, seguimiento, manejo de medicación, hidratación intravenosa, toma de muestras para exámenes de laboratorio y diagnóstico por imagen Se instaura la siguiente terapia intrahospitalariamente: Tiempo de reposición Tiempo de mantenimiento Perdidas sensibles mL/24 H mL/H 19 Got/s 1got/3 " Micro Omeprazol (0.7 mg/Kg) 4.7 mL, IV, BID Dipirona (20 mg/Kg) 1 mL, IV, BID Dextromin (10 mL/Kg) 134 mL, INF, BID Ampicilina+ Sulbactam: 25mg/kg Fluimucil (20 mg/Kg) 5.3 mL, IV, BID Alimento: Hills cuidado gastrointestinal	2024-12-11 20:20:00	2024-12-19 11:00:00

Observaciones:
REPORTE 11/12/2024 noche
Paciente ingresa, se realiza examen clínico, canalización en miembro anterior derecho en vena cefálica antebraquial derecha, se instaura fluidoterapia y hoja de medicación, paciente consume poco alimento de manera asistida, poca ingesta de agua, constantes fisiológicas en rango, y se coloca collar isabelino debido a que se molesta la herida, se realizan toma de muestras de laboratorio.
12/12/2024 A.m.
Constantes Fisiológicas CARELIPIDO
Temperatura: 37.8
Frecuencia Cardiaca: 96LPM
Frecuencia Respiratoria: 26 rpm
Pulso: FSC
Mucosas: Rosadas
Tllc: 1"
Ánimo: Alerta
Apetito: no
Sed: si
Orina: no
Vómito:NO
Diarrea:no

Defecó: no

CARELIPIDO 12/12 pm
carelipido canino fue sometido a procedimiento quirúrgico ablación escrotal por orquitis y ulceración, se estaba despertando cuando terminó el turno
12/12/2024 A.m.
Constantes Fisiológicas Carelipido
Temperatura: 35.4
Frecuencia Cardiaca: 80 LPM
Frecuencia Respiratoria: 24 rpm
Pulso: FSC
Mucosas: Rosa
Tllc: 2"
Ánimo: Alerta
Apetito: -
Sed: -
Orina: no
Vómito:NO
Diarrea:no
Defecó: no
CARELIPIDO 13/12 am
Paciente se reincorpora bien de la anestesia come y toma agua a voluntad, solo orina no defeca, presenta sus constantes en rango, se realiza su respectiva terapia de hidratacion.
13/12/2024
Constantes Fisiológicas Carelipido
Temperatura: 38.6
Frecuencia Cardiaca: 140 LPM
Frecuencia Respiratoria: 31 rpm
Pulso: FSC
Mucosas: Rosa
Tllc: 2"
Ánimo: Alerta
Apetito: no
Sed: no
Orina: si
Vómito:NO
Diarrea:no
Defecó: no

CARELIPIDO 13/12 pm
Paciente permanece deprimido durante el dia, no quiere comer lata, sale y orina en gran cantidad no defeca, intenta buscar salida, su herida se encuentra de buen aspecto.
13/12/2024 p.m.
Constantes Fisiológicas Carelipido
Temperatura: 38.6
Frecuencia Cardiaca: 140 LPM
Frecuencia Respiratoria: 31 rpm
Pulso: FSC
Mucosas: Rosa
Tllc: 2"
Ánimo: Alerta

Apetito: no
Sed: no
Orina: si
Vómito:NO
Diarrea:no
Defecó: no

carelipido 14/12 am
Paciente noche estable, comportamiento activo, animo alerta, come de manera voluntaria al igual que el agua, orina y defeca con total normalidad.
14/12/2024 p.m.
Constantes Fisiológicas Carelipido
Temperatura: 386
Frecuencia Cardiaca: 138 LPM
Frecuencia Respiratoria: 36rpm
Pulso: FSC
Mucosas: Rosa
Tllc: 2"
Ánimo: Alerta
Apetito: si
Sed: si
Orina: si
Vómito:NO
Diarrea:no
Defecó: si

CARELIPIDO 14/12 pm
Paciente estable
consume alimento de manera voluntaria, orina no defeca
Continúa con limpiezas y medicación
14/12/2024 p.m.
Constantes Fisiológicas Carelipido
Temperatura: 38.6
Frecuencia Cardiaca: 132 LPM
Frecuencia Respiratoria: 36 rpm
Pulso: FSC
Mucosas: Rosa
Tllc: 2"
Ánimo: Alerta
Apetito: si
Sed: si
Orina: si
Vómito:NO
Diarrea:no
Defecó: no
Gregorio Corredor

carelipido 15/12 am
Paciente durante la
noche permaneció
estable, comportamento

activo, animo alerta,
come de manera voluntaria al igual que el agua, no orina ni defeca.
Constantes en rango
15/12/2024 am
Constantes Fisiológicas Carelipido
Temperatura: 37,8
Frecuencia Cardiaca: 104 LPM
Frecuencia Respiratoria: 24 rpm
Pulso: FSC
Mucosas: Rosa
Tllc: 2
Ánimo: alerta
Apetito: si
Sed: no
Orina: no
Vómito:NO
Diarrea:no
Defecó: no

15/12 pm
CARELIPIDO
Pacientes activo, consume alimento de manera voluntaria, zona quirúrgica limpia, no presenta picos febriles, no defeca, no orina h no toma agua. Constantes en rango.
. Sacar 2 veces en la noche haber si de pronto
defeca y orina.
15/12/2024 pm
Constantes Fisiológicas carelipido
Temperatura: 37.7
Frecuencia Cardiaca: 80 LPM
Frecuencia Respiratoria: 16 rpm
Pulso: FSC
Mucosas: Rosa
Tllc: 2
Ánimo: alerta
Apetito: si
Sed: no
Orina: no
Vómito:No
Diarrea:no
Defecó: no
Gregorio corredor

Carelipido 16/12 am
Estable, activo, consume alimento con agrado y sale del Canil a orinar, no presenta vómitos ni diarreas.
16/12/2024 pm
Constantes Fisiológicas Carelipido
Temperatura: 37.8
Frecuencia Cardiaca:92 LPM
Frecuencia Respiratoria: 18 rpm
Pulso: FSC
Mucosas: Rosa

Tllc: 2"
Ánimo: Alerta
Apetito: Si
Sed: Si
Orina: si
Vómito:NO
Diarrea:no
Defecó: Si
Lorena Corredor

CARELIPIDO 16/12 pm
Paciente activo alerta y estable, tiene buen apetito pero hay que darle en la boca, orina y defeca
! realizar limpiezas
16/12/2024 pm
Constantes Fisiológicas Carelipido
Temperatura: 37.8
Frecuencia Cardiaca:92 LPM
Frecuencia Respiratoria: 18 rpm
Pulso: FSC
Mucosas: Rosa
Tllc: 2"
Ánimo: Alerta
Apetito: Si
Sed: Si
Orina: si
Vómito:NO
Diarrea:no
Defecó: Si

CARELIPIDO 17/12 am
Paciente dinámicamente estable, no difiere episodios gastroentericos
durante el turno, constantes fisiológicas en rango, se realizan limpiezas de la herida quirúrgica, se encuentra en proceso de cicatrización, consume
alimento y agua a voluntad, no defeca, orina, se entrega paciente en cubil, via permeable.
17/12/2024 Am
Constantes Fisiológicas CARELIPIDO
Temperatura: 37.7
Frecuencia Cardiaca: 68 LPM
Frecuencia Respiratoria: 16 rpm
Pulso: FSC
Mucosas: Rosa Pálidas
Tllc: 3”
Ánimo: Alerta
Apetito: Si
Sed: Si
Orina: NO
Vómito:NO
Diarrea:no
Defecó: NO

CARELIPIDO 17/12 pm

Paciente alerta estable, sale y orina consume alimento y agua de manera voluntaria
continúa con antibiótico y limpiezas.
CARELIPIDO. 18/12 am
Paciente alerta y estable, sale al entorno no defeca ni orina, consume alimento y agua de manera voluntaria y medicaciones al día. Se realizan limpiezas
18/12/2024 Am
Constantes Fisiológicas CARELIPIDO
Temperatura: 37.6
Frecuencia Cardiaca: 80 LPM
Frecuencia Respiratoria: 22 rpm
Pulso: FSC
Mucosas: Rosa Pálidas
Tllc: 3”
Ánimo: Active
Apetito: Si
Sed: Si
Orina: SI
Vómito:NO
Diarrea:no
Defecó: SI

CARELIPIDO 18/12 pm
Paciente activo alerta y estable, tiene buen apetito pero hay que darle en la boca, orina y defeca
18/12/2024 pm
Constantes Fisiológicas CARELIPIDO
Temperatura: 38
Frecuencia Cardiaca: 99 LPM
Frecuencia Respiratoria: 24 rpm
Pulso: FSC
Mucosas: Rosa Pálidas
Tllc: 2”
Ánimo: Active
Apetito: Si
Sed: Si
Orina: SI
Vómito:NO
Diarrea:no
Defecó: SI
19/12/2024 AM
Paciente se entrega con herida quirúrgica limpia sin secreción
Diagnóstico final:
Neoplasia Escrotal
Angie Ortega
T.P. 45610

Vet Sabana Clinica Veterinaria
Avenida Pradilla #1-12
Telefonos.: 314 808 2075
Nit.: 901835125-4
vetsabanachia@gmail.com

Historia Clinica

2024-12-21 9:45:01 PM

Datos del paciente

No. Historia: 915 | **Paciente:** MONO | **Especie:** CANINO

Raza: Labrador | **Color:** dorado | **Sexo:** Macho

Nacido: 2012-02-02 | **Propietario:** Alcaldia de CAJICA | **Documento:** 899999465-0

Esteril: NO

Informacion General

No. Consulta: 876 | **Veterinario:** Lorena Corredor Lopez | **Fecha:** 2024-07-27

Anamnesicos:
PACIENTE SE RECOGE DE LA CALLE HACE 2 DIAS, INGRESA A LA CLINICA PARA CASTRACION.

T: 38.1 | **Frec. Cardi.:** 124 | **Frec. Resp.:**

Pulso: FSC | **Mucosas:** | **Deshidratación:** 0%

Peso: 43.8 | **TLLC:** 2 | **TRPC:** 2

Actitud Propietario: ALERTA

Cond. Corporal: 4/5

Examen físico:
Paciente ingresa en compáñia de su tutora para castracion en el cual se evidencia alerta, activo, estable, se procede a realizar examen fisico

Lista problemas: 1 Testiculo aunmetado de tamaño
2 presencia de sarro dental

Lista maestra: N/A

Diagnósticos: PROSTATITIS
MASA EN TESTICULO

Exámenes Complementarios: preq 2

Receta: PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Tratamiento: CASTRACION

Fecha control: 2024-07-27 | **Próximo control:** 2024-12-25

Vet Sabana Clinica Veterinaria
Avenida Pradilla #1-12
Telefonos.: 314 808 2075
Nit.: 901835125-4
vetsabanachia@gmail.com

Historia Hospitalización

No. Historia: 1054
Paciente:LUNA
Especie: CANINO
Raza: Criollo
Sexo: Hembra
Nacido: 2024-04-03
Alimentacion: D1
Estado Antipara: No Vigente
Estado Vacunal: No Vigente
Propietario: Alcaldia de CAJICA
Documento: 899999465-0
Telefono: 18795356
Correo: ventanillapqrs-alcaldia@cajica.gov.co

No. Hospita:	Procedimiento:	Fecha Entrada:	Fecha Salida:
178	Hospitalización Ingresa paciente a hospitalización para realizar estabilización, monitorización, seguimiento, manejo de medicación, hidratación intravenosa, toma de muestras para exámenes de laboratorio y diagnóstico por imagen Se instaura la siguiente terapia intrahospitalariamente: Omeprazol (0,7 mg/kg) 1 ml IV BID Meloxicam (0,1 mg/kg) 0.03 ML IV BID Alimento gastrointestinal monge	2024-12-16 17:32:00	2024-09-22 00:00:00

Observaciones:

16/09/2024 día y noche
Paciente ingresa a consulta reporta que la paciente presenta una fractura de la pata derecha. El lunes no apoyaba la pata y se caia, le colocaron una inyección para el dolor y hoy apolla en pinza, el lunes le molestaba que le tocaran la patica. Al examen clínico presenta perdida de la continuidad en zona de la tibia en miembro posterior derecho, dolor a la palpación de la zona y claudicación 4/5. Se sugiere ralizar manejo intrahospitalario del dolor y placas radiografcas 3 vistas (LL, AP, comparativa de MPD en articulación femorotibial). Tutora acepta, se canaliza paciente en MAI con yelco #22, se instauran medicación de Omeprazol a 0,7 mg/kg IV BID y Meloxicam a 0,1 mg/kg IV BID.
Temperatura: 38.8
Frecuencia Cardiaca: 140 LPM
Frecuencia Respiratoria: 36 RPM
Pulso: FSC
Mucosas: Rosadas
Tllc: 2 ”
Ánimo: Alerta
Apetito: no
Sed: NO
Orina: NO
Vómito: no
Diarrea:no
Defecó: no

17/12/2024 día y noche
Se entrega paciente alerta dentro y fuera del canil, constantes fisiológicas en rango, com y toma agua a voluntad, orina y defeco de consistencia score 3/5 (fecal), durante la noche paciente no refiere hiperalgesia o algesia, así como no hubo un aumento en la escala de Glasgow durante el turno estando en 4/24, pero si demuestra incomodidad a la manipulación del miembro afectado, resto de parámetros se toman en exámenes de sangre sin anomalidad, ok.
Medicación del turno:
Omeprazol (0,7 mg/kg) 1 ml IV BID
Meloxicam (0,1 mg/kg) 0.03 ML IV BID
TPR turno :
TEMP: 38.8, FC: 100LPM, FR: 32RPM, PULSO : FSC, MM: ROSADAS, TLLC: 2” TRPC: 1”, ANIMÓ: ALERTA, APETITO: SI, SED SI, ORINA SI, DIARREA NO, DEFECA SI
Recomendaciones
-TPR + ESCALA DE GLASGOW CADA 12 HORAS
REALIZAR RADIOGRAFÍAS SOLICITADAS POR MÉDICO TRATANTE Y CORROBORAR CON ORTOPEDISTA PARA ELEGIR LAS VISTAS REQUERIDAS.

18/12 /2024 día y noche
Paciente estable y alerta durante el dia, se alimenta y toma agua de manera voluntaria, no presenta episodios de vomito o de diarrea, orina y defeca , se toman rx bajo sedación, se habla con persona encargada de la paciente para dar el pronostico el cual es malo, al llevar mucho tiempo con la fractura, se dan opciones de cirugía y precios, en espera a respuesta de la encargada, no presenta dolor camina bien sin apoyar el miembro.
TEMP: 38.6, FC: 120LPM, FR: 32RPM, PULSO : FSC, MM: ROSADAS, TLLC: 2” TRPC: 1”, ANIMÓ: ALERTA, APETITO: SI, SED SI, ORINA SI, DIARREA NO, DEFECA SI

19/12/2024
De acuerdo al pronostico con la paciente se opta por realizar amputación del miembro afectado por lo tanto la cirugía se realiza en horas de la tarde anestesia inhalada, paciente se reincorpora de la anestesia muy lento, se realiza su correspondiente medicación y infusión para el dolor, se realiza apoyo térmico mediante compresas y bolsita de agua caliente paciente recibe alimento de manera voluntaria pero muy poco en la madrugada, presenta leve sangrado en la herida quirúrgica se realiza limpieza y medicación de hemostáticos.
20/12/2024
Se entrega paciente alerta dentro y fuera del canil, constantes fisiológicas en rango, come y toma agua a voluntad, orina y defeco de consistencia score 3/5 (fecal), durante la noche paciente no refiere hiperalgesia o algesia, así como no hubo un aumento en la escala de Glasgow durante el turno estando en 4/24, pero si demuestra incomodidad a la manipulación de la zona quirúrgica , resto de parámetros ok.
Medicación del turno:
- se suspende omeprazol por consumo normal de alimento.
Meloxicam (0,1 mg/kg) 0.03 ML IV BID
TPR turno :
TEMP: 38.0, FC: 130LPM, FR: 36RPM, PULSO : FSC, MM: ROSADAS, TLLC: 2” TRPC: 1”, ANIMÓ: ALERTA, APETITO: SI, SED SI, ORINA SI, DIARREA NO, DEFECA SI
Recomendaciones
-TPR + ESCALA DE GLASGOW CADA 12 HORAS
-ofrecer comida y agua a voluntad.
21/12/2024 am y pm
Paciente se evidencia alerta, estable, come alimento de manera voluntaria se incorpora en sus tres miembros, se realiza limpieza en la herida en la cual se evidencia buena cicatrización, paciente continua con su correspondiente medicación, sin anormalidades, dependiendo de evolución se da de alta el día de mañana, paciente orina y defeca con normalidad, constantes fisiológicas dentro del rango optimo o deseado
22/12/2024 am
Paciente es alerta frente a estímulos se da de alta y se realiza indicaciones a la tutora, venir a retiro de puntos dentro de 14 días, herida

sin secreción con buena cicatrización

Diagnóstico final:

fractura en MP DE FEMUR

ANGIE ORTEGA

TP T.P 45610

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com
Dirección: Av. Pradilla Diag. 13 #1-12

17 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	LUNA	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	N/R
SEXO	ALCALDIA DE CAJICA	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICA		

CUADRO HEMATICO

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
ERITROCITOS	**mm³**	6.620	**5.500 – 8.500**
HEMATOCRITO	**%**	48	**39 – 56**
HEMOGLOBINA	g/dl	16	**11 – 19**
VCM	**fl**	68.1	**62 – 72**
HCM	**pg**	24.1	**20 – 25**
CHCM	**g/dl**	**41.6**	**30 – 38**
NORMOBLASTOS	**%**	0	**0 – 1**
MORFOLOGÍA	GLÓBULOS ROJOS NORMOCÍTICOS, NORMOCRÓMICOS.		

	Unidades de Medida	Resultado		Valores de Referencia
LEUCOCITOS	**mm³**	7.500		**6.000 – 17.000 /mm³**
	Valor Relativo	**Valores de Referencia**	**Valor Absoluto**	**Valores de Referencia**
NEUTRÓFILOS	72.2	**60 – 83 %**	5.500	**4.000 – 12.600 c/µl**
LINFOCITOS	15.5	**12 – 30 %**	1.100	**800 – 5.100 c/µl**
EOSINOFILOS	0	**0 – 5 %**	0	**0 - 1.220 c/µl**
MONOCITOS	12.3	**3 – 19 %**	900	**0 - 1800 c/µl**
BASÓFILOS		**0 – 1 %**		**0 - 190 c/µl**
BANDAS		**0 – 1 %**		**0 - 500 c/µl**
METAMIELOCITOS		**0 %**		**0 c/µl**
MIELOCITOS		**0 %**		**0 c/µl**
MORFOLOGÍA				

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
PLAQUETAS	**/mm³**	149.000	**100.000 - 460.000**
MORFOLOGÍA			

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
PPT	**g/dl**	7.0	**5.5 – 7.0**
ALBÚMINA	**g/dl**	3.4	**2.3 - 3.8**
GLOBULINAS	**g/dl**	3.6	**3.0 – 4.1**

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com
Dirección: Av. Pradilla Diag. 13 #1-12

PACIENTE	LUNA	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	N/R
SEXO	ALCALDIA DE CAJICA	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICA		

QUÍMICA SANGUÍNEA

PARÁMETRO	RESULTADO	VALORES NORMALES
ALT	24	19 – 57 U/L
CREATININA	1.1	0.6 – 1.4 mg/dl
ASPECTO SÉRICO	NORMAL	

* RESULTADO CONFIRMADO POR DUPLICADO EN LA MISMA MUESTRA

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com
Dirección: Av. Pradilla Diag. 13 #1-12

31 DE AGOSTO DE 2024

PACIENTE	MILA	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	PASTOR AUSTRALIANO	**EDAD**	N/R
SEXO	HEMBRA	**MEDICO TRATANTE**	LORENA CORREDOR
TUTOR	JAIME		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	ROJO
CONSISTENCIA	BLANDA
ASPECTO	DIARREICA
OLOR	S.G
MOCO	NEGATIVO
SANGRE MACROSCÓPICA	++
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	++
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	++
LEUCOCITOS	6-8 XCA
HEMATIES	10-15 XCA
CÉLULAS EPITELIALES	3-5 XCA
LEVADURAS	NEGATIVO
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	LIGERAMENTE AUMENTADA MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Vet Sabana Clinica Veterinaria
Avenida Pradilla #1-12
Telefonos.: 314 808 2075
Nit.: 901835125-4
vetsabanachia@gmail.com

Historia Clinica

2024-12-21 11:14:29 PM

Datos del paciente

No. Historia: 1054	**Paciente:** LUNA	**Especie:** CANINO
Raza: Criollo	**Color:** Café	**Sexo:** Hembra
Nacido: 2024-04-03	**Propietario:** Alcaldia de CAJICA	**Documento:** 899999465-0
Esteril: NO		

Informacion General

No. Consulta: 1049	**Veterinario:** Gabriela Perdomo Aldana	**Fecha:** 2024-12-16

Anamnesicos:
Propietaria reporta que la paciente presenta una fractura de la pata derecha. El lunes no apoyaba la pata y se caia, el día de ayer la llevo a una veterinaria donde le colocaron una inyección para el dolor y hoy apolla en pinza, el lunes le molestaba que le tocaran la patica.

T: 38.8	**Frec. Cardi.:** 140	**Frec. Resp.:** 36
Pulso: fsc	**Mucosas:** ROSADAS	**Deshidratación:** 0%
Peso: 6	**TLLC:** 1	**TRPC:** 1

Actitud Propietario: ALERTA

Cond. Corporal: 3/5

Examen físico:
MUSCULO ESQUELETICO: perdida de continuidad en miembro posterior derecho en zona de la tibia

Lista problemas: 1, claudicación 4/5
2, perdida de continuidad en miembro posterior derecho en zona de la tibia

Lista maestra: I 1,2

Diagnósticos: I Fractura completa de femur, fractura de tibia

Exámenes Complementarios: Radiografía de MPD en zona de la tibia LL

Receta: manejo intrahospitalario

Tratamiento: Se le informa a la propietario los hallazgos al examen clinico, se recomienda realizar manejo en hospital del dolor y placas radiograficas, se le explica que depende de la opinion del cirujano cual e el manejo que se debe realizar a la fractura. Propietaria aacepta.

Vet Sabana Clinica Veterinaria
Avenida Pradilla #1-12
Telefonos.: 314 808 2075
Nit.: 901835125-4
vetsabanachia@gmail.com

Historia Hospitalización

No. Historia: 1120
Paciente:MILO
Especie: CANINO
Raza: Mestizo
Sexo: Macho
Nacido: 2023-01-21
Alimentacion: concentrado
Estado Antipara: No Vigente
Estado Vacunal: No Vigente
Propietario: ALCALDIA DE CAJICA
Documento: 8999994650
Telefono: 3112967561
Correo:

No. Hospita:	Procedimiento:	Fecha Entrada:	Fecha Salida:
202	motivo de consulta: le mordieron los testiculos hace una semana. Lo encontraron con balanopostitis secundaria al posible traumatismo o enfermedad presentada, no se conoce historial de paciente, como consumo de alimento etc. se sugiere manejo intrahospitalario por la signologia anteriormente presentada por el paciente, se deja para manejo de signos y toma de exámenes complementarios para abordaje correcto del paciente.	2024-12-11 16:57:00	2024-12-17 11:11:00

Observaciones:

11/12/2024 TURNO pm
Se entrega paciente alerta dentro y fuera de canil constantes fisiológicas en rango, durante la noche si es posible ingresar el glande al prepucio con la ayuda de dextrosa agua y azúcar desinflamación local, posterior a esto paciente refiere expulsión de coágulos de sangre por la uretra así como varias gotas de sangre y orina durante aproximadamente 15 minutos, después de esto paciente vuelve a protruir el glande y se vuelve reingresar posterior a su paciente no vuelve a referir salida del glande ni alteraciones en el mismo se continúa con medicación estipulada paciente empieza presentar durante el turno polidipsia, por lo cual no se descarta proceso renal en el paciente, a la espera de evolución clínica por el mismo, medicación al día, se entrega paciente con vida permeable y funcional sin signos de flebitis, ofrecer agua y comida voluntad, se sugiere probar hormonales y castración
Constantes Fisiológicas MILO
Temperatura: 38.1, Frecuencia Cardiaca: 128 LPM
Frecuencia Respiratoria: 16RPM, Pulso: FSC, Mucosas: Rosadas, Tllc: 2", Ánimo: Alerta, Apetito: +/-, Sed: NO, Orina: NO, Vómito: NO, Diarrea: NO
Defecó: NO

12/12/2024 turno día
Paciente se muestra alerta y responde a estímulos. Se observa inflamación de la cabeza del pene e irritación y enrojecimiento del mismo, se da la medicación estipulada. No consume alimento solo agua a voluntad.
RECOMENDACIONES
Evaluar iniciar dexametasona a 0.25mg/kg IV BID
Frc 132, Frr 26, Pulso fsc, Color mucosas rosa

TLLC 2, Ánimo alerta, Apetito no , Sed si, Orina si
Vómito no, Diarrea no, Defeco no

12/12/2024 turno noche
Paciente estable, consume alimento y agua de manera voluntaria, aun presenta inflamación del glande, se instaura dextrosa por medio de baños con coadyuvante del dolor e inflamación, a espera de su evolución, , se instaura hoja de medicación, acceso venoso, a espera de los resultados
Constantes.
Frc 136, Frr 18, Pulso fsc, Color mucosas rosa
TLLC 2, Ánimo alerta, Apetito asistido , Sed si, Orina si
Vómito no, Diarrea no, Defeco no

13/12/2024 turno dia
Paciente se muestra alerta y responde a estímulos. Se observa inflamación de la cabeza del pene e irritación y enrojecimiento del mismo, se da la medicación estipulada. Consume alimento y agua a voluntad, resultados de exámenes sugerentes de insuficiencia renal aguda
Instaura terapia SUC RENAL
Frc 132, Frr 26, Pulso fsc, Color mucosas rosa
TLLC 2, Ánimo: alerta, Apetito si, Sed si, Orina si, Vómito no, Diarrea no, Defeco no

13/12/2024- Turno noche
Paciente alerta y estable, consume alimento de manera voluntaria, orina no defeca.
Constantes en rango, continua con inflamación del pene, se evidencia edema, Se evidencia hematuria
Frc 138, Frr 24, Pulso fsc, Color palidas
TLLC 2, Ánimo alerta, Apetito no , Sed si, Orina si

14/12/2024 TURNO AM
Paciente se muestra deprimido y responde a estímulos, no consume alimento, presenta polidipsia en ocasiones se observa que expone la cabeza del pene sin embargo este regresa al prepucio sin necesidad de manipulación, se ausculta paciente en donde se escucha soplo cardiaco 3/5. Se observa aun bastante inflamación en el pene. Se da la medicación instaurada.
105 LPM sopló 3/5, 35 LPM, mucosa Rosa pálida
pulso FSC, TLLC 2 seg, TRPC 2 seg, Ánimo deprimido
Apetito +, Sed si, Orina no, Vómito no, Diarrea no
Defeco no
14/12/2024 turno noche

Paciente se evidencia deprimido, se le asiste el alimento ya que no lo consume por si solo, se evidencia en la orina coágulos de sangre en orina, se realiza su respectiva medicación.
Frc 116 , Frr 20 Pulso fsc, Color palidas
TLLC 2, Ánimo alerta, Apetito asositido , Sed si, Orina
15/12/2024 am y pm
Paciente durante el día se evidencia deprimido, no se levanta, come alimento de manera asistida, se sugiere realiza colocación de sonda naso esofágica, ala propietaria, paciente se evidencia protrusión del glande con inflamación probablemente edematizado, pronostico del paciente reservado a malo
16/09/2024 TURNO AM y pm
Paciente se muestra deprimido en la jaula, responde a estímulos. En horas de la mañana se realiza la colocación contenido de la sonda naso esofágica y se toman radiografías para confirmar su ubicación, donde se observa una estructura radio densa en epigastrio, paciente empieza a presentar vómitos por lo que se retira la sonda, se realiza u barrio ecográfico en donde se observa vesícula biliar de gran tamaño, vejiga con pared engrosada y sedimento, estomago con contenido y presencia de estructura que genera sombra acústica. Se le informa a la propietaria los hallazgos, se indica que el día de mañana se realizaría ecografía especializada y de acuerdo a los hallazgos posiblemente laparotomía exploratoria, adicional se sugieren exámenes de Leptospira y exámenes de control. Propietaria no

envía respuesta. Se realiza lavado vesical en donde inicialmente se obtiene contenido de coloración marrón presencia de sedimento y coágulos, finalizando el vaciado se recolecta contenido de coloración marrón claro. Se vuelve a pesar al paciente el cual dio resultado 8,3kg siendo antes el peso de 11kg, se recalculan medicaciones y dado al presuntivo de posible obstrucción se decide cancela metoclopramida.
MEDICACIONES INSTAURADAS
TERAPIA SUC IV TID
DIPIRONA 25MG/KG IV BID
OMEPRAZOL 0,7MG/KG IV BID
FLUIMUCIL 30 MG/KG IV BID
DEXAMETASONA 0,1MG/KG IV BID
UNICLAV 1ML/KG IV SID SUC
DEXTROMIN 10 ML/KG/DIA IV BID
RECOMENDACIONES
Medir temperatura cada 3 horas
Realizar vaciado vesical cada 6 horas
Realizar lavado vesical cada 12 horas (12 am-12pm)
Temperatura: 35,7
Frecuencia Cardiaca: 120lpm
Frecuencia Respiratoria:24rpm
Pulso: FSC
Mucosas: PALIDAD
Tllc:2
Ánimo: DEP
Apetito: NO
Sed: si
Orina: si/sonda
Vómito: si
Diarrea: no
Defecó: no

17/12/2024 TURNO AM
Paciente durante el día se encuentra deprimido, se realiza ecografía en horas de la mañana en donde se reporta: CISTITIS, SEDIMENTO URINARIO, HIPERPLASIA PROSTATICA, NEFROPATIA BILATERAL ASOCIADA A APROCESO RENAL QUISTICO CRONICO, ADENOPATIA SUPRARENAL BILATERAL, ESPLENOCONTRACCION, GASTRITIS SEVERA, REACCION PERIPANCREARTICA, COLECISTITIS, SEDIMENTO BILIAR, se le informa a la propietaria el estado del paciente y que el pronóstico es reservado a malo, en espera de respuesta de como proseguir con el tratamiento del paciente. Paciente presenta hipotermia por lo cual se instauran medios físicos para controlar la temperatura. En horas de la tarde paciente se retira la sonda urinaria, se intenta volver a colocar sin embargo por la inflamación que presenta no es posible. Propietaria autoriza realizar la eutanasia.

Diagnóstico final:
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, PANCREATITIS,
ANGIE ORTEGA
TP 45610

Dr. Brian Forero
Imagenología Veterinaria

INFORME ECOGRÁFICO

RESEÑA: **FECHA: 17/12/2024**

DOCTOR: ANGIE ORTEGA		**NIC: RTDO VETSABANA**
PACIENTE: MILO	**ESPECIE: CANINO**	**RAZA: MESTIZO**
SEXO: MACHO		**EDAD: N/R**
PROPIETARIO: ALCALDIA CAJICÁ		**PROFESIÓN: N/R**
PROCEDENCIA: CAJICÁ		**TELEFONOS: N/R**

Examen Solicitado, Ecografía Abdominal. Se lleva a cabo rastreo abdominal completo en posición decúbito dorsal, con sonda microconvex de 5-9 MHz.

Vejiga Urinaria: Satisfactoriamente distendida con contenido anecoico, en posición medial hipogástrica, con forma piriforme regular en corte longitudinal y forma circular normal en corte transversal con acumulo de artefactos y conglomerados proteico -celulares ecogénicos en suspensión, pared de aspecto trilaminar regular homogénea sin estructuras adheridas sobre pared dorsal sin afección de pared mucosa, sin sombra acústica ni proceso obstructivo en trígono vesical.

Riñón Izquierdo: Hiperecogénico con relación a parénquima esplénico, de forma ovoide regular con superficie normal con alteraciones visibles sobre capsula y corteza renal en cortes transversal y longitudinal con focos anecoicos, relación corteza medula 2:1 con perdida de apreciación de divertículos y venas inter lobares, mediciones L (4.71 cm), Al (2.88 cm), An (NR**)**, perdida de diferenciación cortico-medular con sombra acústica en hilio y pelvis renal.

Bazo: Se evidencia en epigastrio, mesogastrio e hipogastrio izquierdo en corte longitudinal y transversal estructura de cabeza, cuerpo y cola esplénica de característica y tamaño normal con bordes lanceolados sin focos intraparenquimatosos focales ni afecciones de capsula esplénica, se aprecia vena esplénica de características normales sobre cara visceral del bazo.

Estómago: Pobremente distendido, con contenido ecogénico mixto de característica liquida y gaseosa que impide visualización de estructuras adyacentes en corte longitudinal y transversal. Se aprecia proceso inflamatorio severo de pared mucosa sobre cuerpo gástrico y antro pilórico con edema perigástrico con grosor de 1.09 cms, se evidencia normalidad de pared mucosa y flujo sobre duodeno proximal. Se perciben movimientos peristálticos al examen 4-5/min.

Yeyuno e Íleon: Se aprecia en corte longitudinal porción intestinal yeyunal con patrón mucoso normal con apreciación de pared mucosa, submucosa, muscular y serosa de ecotextura habitual con un grosor de 0.20 cms con contenido ecogénico, peristaltismo sincrónico y flujo progresivo; se evidencia íleon con pared mucosa hipoecoica y submucosa hiperecogénica normal con medidas de 0.23 cms con contenido ecogénico normal con flujo progresivo. Se perciben movimientos peristálticos al examen de 2-3 /min.

INFORME ECOGRÁFICO

Colon: En corte longitudinal se realiza recorrido de colon descendente hasta curvatura esplénica continuando con colon transverso y posterior ascendente hasta válvula íleo- cecal donde se observa contenido fecal sólido y gaseoso sin alteraciones sobre pared mucosa con grosor de 0.21 cms.
Páncreas: En abordaje transversal y longitudinal epigástrico medial y derecho se aprecia estructura triangular hipoecogénica con relación a tejido adiposo circundante poco delimitada de característica inflamatoria; en porción caudal a la curvatura mayor del estómago rama izquierda del páncreas, Continuo al antro pilórico cuerpo pancreático y en posición dorso medial al duodeno la rama pancreática derecha.
Hígado: El posicionamiento longitudinal y transversal del transductor sobre apófisis xifoidea indica hiperplasia del parénquima hepático de característica heterogéneo con bordes lanceolados sin cambios en vena porta intra hepática de característica habitual. Al realizar abordaje para/costal derecho se aprecia vesícula biliar con pared de característica hiperecoica con contenido anecoico con presencia de sedimento biliar sin aparente proceso obstructivo hepatobiliar.

Riñón Derecho: Hiperecogénico con relación a parénquima de lóbulo caudado hepático, de forma ovoide regular con superficie anormal con alteraciones visibles sobre capsula y corteza renal en cortes transversal y longitudinal, relación corteza medula 2:1 con perdida de apreciación de divertículos y venas interlobares, mediciones L (5.09 cm), Al (2.73 cm), An (NR**)**, perdida de diferenciación cortico-medular con sombra acústica en hilio y pelvis renal.

Próstata: Se aprecia estructura prostática inflamatoria en corte longitudinal y transversal con alteraciones de característica bilobulada con focos ecogénicos y anecoicos con buena diferenciación de rafe medio y tejido periuretral.

Testículo Izquierdo: Se aprecia parénquima testicular en bolsa escrotal sin cambios de densidad, diámetro ni focos ecogénicos o anecoicos, cola de epidídimo y red de testis normoecoica

Testículo Derecho: Se aprecia parénquima testicular en bolsa escrotal sin cambios de densidad, diámetro ni focos ecogénicos o anecoicos, cola de epidídimo y red de testis normoecoica

Glándula Adrenal Izquierda: En ubicación cráneo-medial al polo craneal del riñón izquierdo se aprecia estructura bilobulada isoecogénica con relación a corteza renal con medidas (L: 1.87 - PCr: 0.56 - PCa: 0.77 cms).

Glándula Adrenal Derecha: En ubicación dorso-lateral al polo craneal del riñón derecho se aprecia estructura bilobulada isoecogénica con relación a corteza renal con medidas (L: 1.77 - PCr: 0.65 - PCa: 0.85 cms).

INFORME ECOGRÁFICO

Observaciones:

- **Se aprecia cavidad abdominal con peritoneo hipoecoico normal sin acúmulos líquidos ni presencia de estructuras ecogénicas anormales.**
- **Linfonódos celiacos, mesentéricos craneales, mesentéricos caudales, lumbares e iliosacros de característica econormal sin cambios.**

Hallazgos Ecográficos compatibles con:

- **CISTITIS.**
- **SEDIMENTO URINARIO.**
- **HIPERPLASIA PROSTATICA.**
- **NEFROPATIA BILATERAL ASOCIADA A APROCESO RENAL QUISTICO CRONICO.**
- **ADENOPATIA SUPRARENAL BILATERAL.**
- **ESPLENOCONTRACCION.**
- **GASTRITIS SEVERA.**
- **REACCION PERIPANCREARTICA.**
- **COLECISTITIS.**
- **SEDIMENTO BILIAR**

RECOMENDACIONES

Correlación sintomatología clínica, terapia paliativa de hallazgos reportados de acuerdo a criterio de médico tratante.

NOTA: Las imágenes ecográficas plasmadas en el anterior informe corresponden única y exclusivamente para este reporte ecográfico en esta fecha específica.

Recuerde que la valoración ecográfica es un estudio dinámico, por lo cual, las imágenes son una guía para el clínico.

FIN DEL REPORTE

Brayan Forero Mora
Médico Veterinario TP 32833
Universidad De Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA)
Énfasis imágenes diagnósticas por ecografía y radiografía

Vet Sabana Clinica Veterinaria
Avenida Pradilla #1-12
Telefonos.: 314 808 2075
Nit.: 901835125-4
vetsabanachia@gmail.com

Historia Clinica

2024-12-21 10:51:25 PM

Datos del paciente

No. Historia: 1120	**Paciente:** MILO	**Especie:** CANINO
Raza: Mestizo	**Color:** dorado	**Sexo:** Macho
Nacido: 2023-01-21	**Propietario:** ALCALDIA DE CAJICA	**Documento:** 8999994650
Esteril: NO		

Informacion General

No. Consulta: 1117	**Veterinario:** Angie Vanessa Ortega Garcia	**Fecha:** 2024-12-11

Anamnesicos:
motivo de consulta:
le mordieron los testiculos hace una semana. Lo encontraron con balanopostitis secundaria al posible traumatismo o enfermedad presentada, no se conoce historial de paciente, como consumo de alimento etc. se sugiere manejo intrahospitalario por la signologia anteriormente presentada por el paciente, se deja para manejo de signos y toma de examenes complementarios para abordaje correcto del paciente.

T: 37.8	**Frec. Cardi.:** 125lpm	**Frec. Resp.:** 32rpm
Pulso: FSC	**Mucosas:** CONGESTIONADAS	**Deshidratación:** 0%
Peso: 11kg	**TLLC:** 1	**TRPC:** 1

Actitud Propietario: ALERTA

Cond. Corporal: 3/5

Examen físico:
Piel, pelaje y Anexos:
herida en zona caudal dorsal derecha congruente con trauma por mordedura.

Sistema Genito-urinario: balanopostitis, secrecion sanguinolenta, hematuria, parafimosis

Sistema Cardiovascular: soplo cardiaco 3/6

Sistema Reproductivo:
paciente entero, aparente degeneracion testicular bilateral mas acentuado en el testiculo derech.

Ganglios Linfaticos: mandibulares aumentados de tamaño.

Cavidad Oral: placa y sarro dental.

Lista problemas: 1. parafimosis
2.balanopostitis
3.soplo cardiaco 3/6
4. degeneracion testicular.
5. laceracion en zona dorsal caudal.

Lista maestra: I. 1,2,4
II.2
III. 4,5

Diagnósticos: I. INFECCION TRACTO URINARIO, PROSTATITIS, HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA, PARAFIMOSIS IDIOPATICA O SECUNDARIA A TRAUMATISMO.
II. ENFERMEDAD VALVULAR MITRAL
III. TRAUMA POR MORDEDURA

Exámenes Complementarios: PREQUIRURGICO 2

Receta: MANEJO INTRAHOSPITALARIO

Tratamiento: HOSPITALARIO
Angie Ortega
T.P 45610

Fecha control: 2024-12-11 **Próximo control:** 2024-12-31

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com
Dirección: Av. Pradilla Diag. 13 #1-12

12 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	MILO	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	MESTIZO	**EDAD**	N/R
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICA		

CUADRO HEMATICO

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
ERITROCITOS	**mm^3**	**3.590**	**5.500 – 8.500**
HEMATOCRITO	**%**	**23.8**	**39 – 56**
HEMOGLOBINA	g/dl	**7.8**	**11 – 19**
VCM	**fl**	**60.9**	**62 – 72**
HCM	**pg**	21.7	**20 – 25**
CHCM	**g/dl**	35.7	**30 – 38**
NORMOBLASTOS	**%**	0	**0 – 1**
MORFOLOGÍA	GLÓBULOS ROJOS NORMOCÍTICOS, NORMOCRÓMICOS.		

	Unidades de Medida	Resultado		Valores de Referencia
LEUCOCITOS	**mm^3**	**22.900**		**6.000 – 17.000 /mm^3**
	Valor Relativo	**Valores de Referencia**	**Valor Absoluto**	**Valores de Referencia**
NEUTRÓFILOS	**89.5**	**60 – 83 %**	**20.600**	**4.000 – 12.600 c/µl**
LINFOCITOS	**6.2**	**12 – 30 %**	1.400	**800 – 5.100 c/µl**
EOSINOFILOS	0	**0 – 5 %**	0	**0 - 1.220 c/µl**
MONOCITOS	4.3	**3 – 19 %**	900	**0 - 1800 c/µl**
BASÓFILOS		**0 – 1 %**		**0 - 190 c/µl**
BANDAS		**0 – 1 %**		**0 - 500 c/µl**
METAMIELOCITOS		**0 %**		**0 c/µl**
MIELOCITOS		**0 %**		**0 c/µl**
MORFOLOGÍA				

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
PLAQUETAS	**/mm^3**	354.000	**100.000 - 460.000**
MORFOLOGÍA			

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
PPT	**g/dl**	6.4	**5.5 – 7.0**
ALBÚMINA	**g/dl**	**2.0**	**2.3 - 3.8**
GLOBULINAS	**g/dl**	**4.4**	**3.0 – 4.1**

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com
Dirección: Av. Pradilla Diag. 13 #1-12

PACIENTE	MILO	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	MESTIZO	**EDAD**	N/R
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICA		

QUÍMICA SANGUÍNEA

PARÁMETRO	RESULTADO	VALORES NORMALES
ALT	39.6	19 – 57 U/L
UREA	**162.7***	20 – 45 mg/dl
BUN	**76***	8 – 33 mg/dl
CREATININA	**2.6***	0.6 – 1.4 mg/dl
FOSFATASA ALCALINA	17.1	15 – 185 U/L
ASPECTO SÉRICO	NORMAL	

* RESULTADO CONFIRMADO POR DUPLICADO EN LA MISMA MUESTRA

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com
Dirección: Av. Pradilla Diag. 13 #1-12

PACIENTE	MILO	ESPECIE	CANINO
RAZA	CRIOLLO	EDAD	1 AÑO
SEXO	MACHO	MEDICO TRATANTE	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICA		

UROANÁLISIS

EXAMEN FÍSICO		EXAMEN QUÍMICO	
COLOR	AMBAR	BILIRRUBINA	NEGATIVO
ASPECTO	TURBIO	UROBILINÓGENO	NORMAL
DENSIDAD	1020	C. CETONICOS	NEGATIVO
OLOR	SUI GENERIS	GLUCOSA	NEGATIVO
ESPUMA	NEGATIVO	PROTEÍNA	NEGATIVO
		SANGRE	+++
		NITRITOS	NEGATIVO
		PH	5.0
		LEUCOCITOS	++
EXAMEN MICROSCÓPICO			
LEUCOCITOS		4-6 XCA	
HEMATIES		>50 XCA	
CELULAS EPITELIALES DE TRANSICION		3-5 XCA	
CELULAS EPITELIALES ESCAMOSAS		1-3 XCA	
CELULAS RENALES		1-3 XCA	
CILINDROS HIALINOS		NEGATIVO	
CILINDROS GRANULARES		NEGATIVO	
CRISTALES		URATOS AMORFOS +	
GOTAS DE GRASA		NEGATIVO	
ESPERMATOZOIDES		0-2 XC	
LEVADURAS		NEGATIVO	
BACTERIAS		+++	
MOCO		NEGATIVO	
OTROS:			

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

20 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	PACO	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	1 MES
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICA		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	PARDO OSCURO
CONSISTENCIA	MUCOIDE
ASPECTO	DIARREICA
OLOR	S.G
MOCO	+++
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	NEGATIVO
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	+
LEUCOCITOS	8-10 XCA
HEMATIES	3-6 XCA
CÉLULAS EPITELIALES	2-4 XCA
LEVADURAS	NEGATIVO
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	NORMAL MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Vet Sabana Clinica Veterinaria
Avenida Pradilla #1-12
Telefonos.: 314 808 2075
Nit.: 901835125-4
vetsabanachia@gmail.com

Historia Clinica

Datos del paciente

No. Historia: 1371 | **Paciente:** PACO | **Especie:** CANINO

Raza: Criollo | **Color:** Negro | **Sexo:** Macho

Nacido: 2024-11-11 | **Propietario:** Alcaldia de CAJICA | **Documento:** 899999465-0

Esteril: NO

Informacion General

No. Consulta: 1391 | **Veterinario:** Angie Ortega | **Fecha:** 2024-12-18

Anamnesicos:
CANINO SE ENCUENTRA CON HIPOTERMIA, HIPERSALIVACION, DESHIDRATACION, DOLOR ABDOMINAL SEVERO

T: 36.4 | **Frec. Cardi.:** 120 | **Frec. Resp.:** 56

Pulso: FSC | **Mucosas:** PALIDAS | **Deshidratación:** 10%

Peso: 3,4 KG | **TLLC:** 4 | **TRPC:** 4

Actitud Propietario: DEPRIMIDO

Cond. Corporal: 3/5

Examen físico:
Ingresa paciente en estado deprimido, Se procede a realizar examen clínico mediante observación, palpación, auscultación, percusión, sucusión.

Lista problemas: 1, DH 10%
2, hipotermia
3, vomitos hx
4, diarreas hx
5, dolor a la palpación abdominal
6, decaimiento

Lista maestra: I1,2,3,4,5,6

Diagnósticos: I Parvovirus, coronavirus, gastroenteritis bacteriana, gastroenteritis parasitaria

Exámenes Complementarios: PQ 1, prueba parvo-corona, coprologico,

Receta:

Tratamiento: manejo intrahospitalario

Vet Sabana Clinica Veterinaria
Avenida Pradilla #1-12
Telefonos.: 314 808 2075
Nit.: 901835125-4
vetsabanachia@gmail.com

Historia Hospitalización

No. Historia: 1371
Paciente:PACO
Especie: CANINO
Raza: Criollo
Sexo: Macho
Nacido: 2024-11-11
Alimentacion: concentrado
Estado Antipara: Vigente
Estado Vacunal: No Vigente
Propietario: Alcaldia de CAJICA
Documento: 899999465-0
Telefono: 18795356
Correo: ventanillapqrs-alcaldia@cajica.gov.co

No. Hospita:	Procedimiento:	Fecha Entrada:	Fecha Salida:
258	Hospitalización Ingresa paciente a hospitalización para realizar estabilización, monitorización, seguimiento, manejo de medicación, hidratación intravenosa, toma de muestras para exámenes de laboratorio y diagnóstico por imagen Se instaura la siguiente terapia intrahospitalariamente: Tiempo de reposición 120 Tiempo de mantenimiento 72 Perdidas sensibles 100 mL/24 H 292 mL/H 12.1 Got/s 1got/5 " Micro HIDRATACION PRIMER DIA Omeprazol (0,7 mg/kg) 0,2 ml IV BID Dipirona (20 mg/kg) 0.05 ML IV BID Ampicilina+sulbactam (25mg/kg) 0.2 ml IV BID Ondacetron (0.2mg/kg) 0.1 ml IV BID Fluimucil (30 mg/kg) 0.36 ml IV BID Alimento gastrointestinal monge resultado de cuadro hemático es sugerente de anemia de tipo fisiológica, proceso inflamatorio e infeccioso en curso	2024-01-18 19:06:00	2024-12-25 10:34:00

Observaciones:

18/12/2024 PM

Se ingresa canino a zona de infecciosos, con vía en MA, paciente refiere 4 episodios de vomito, se realiza su terapia de medicación correspondiente y fluidos, paciente se evidencia deprimido, se asiste el alimento, pero todo lo vomita, paciente continúa con membranas mucosas pálidas, se toma muestra de sangre a espera de resultados de laboratorio, SE INSTAURA INTERFERON 1 ML CADA 12 HORAS

19/12/2024 am

Paciente durante el dia se encuentra deprimido, no recibió alimento a voluntad por lo que se da de manera asistida sin embargo si toma poca agua a voluntad. Presento 6 episodios de vomito de coloración amarilla y presento 3 diarrea donde se evidenciaron trazas de sangre por lo que se instaura enemas con enterex 10 ml, resultados de exámenes en donde se observa Anemia, presenta alteración en línea blanca y ALT aumentada.

Temperatura: 37.8°

Frecuencia Cardiaca: 144 LPM

Frecuencia Respiratoria: 39 RPM

Pulso: FSC

Mucosas: palidas

Tllc: 3 ”

Ánimo: Deprimido

Apetito: Asistido
Sed: Si
Orina: SI
Vómito: Si
Diarrea: Si
Defecó: Si
19/12/2024 PM

Paciente se entrega alerta pero deprimido en jaula, constantes fisiológicas dentro del rango a excepción. Paciente durante el turno refiere cuatro episodios de emesis, primeros de aspecto bilioso espumoso, seguido de episodios de emesis con trazas de sangre y baba, paciente no recibe alimento a voluntad ni paladeado, recibe poca agua, se continua con medicación instaurada, se sugiere utilización de MAROPITANT® por el mecanismo de acción de bloqueo del gatillo del vomito a nivel central y no periférico como el ondansetron o metoclopramida, Se realiza sondeo nasogástrico noche se inicia con la alimentación vía sonda al 50% del RER, sin embargo paciente 20min luego de la administración del alimento presenta un cuadro de Emesis, mostrando rechazo al 50% de RER, se debe iniciar entonces al 25% para un total de 12.5ml en cada toma, se continúa con medicación estipulada, durante la noche además presenta episodios de temperatura bajas, por lo cual se solventaba con medios externos para la correcta termorregulación del paciente
Temperatura: 38.1
Frecuencia Cardiaca: 124 LPM
Frecuencia Respiratoria: 40 RPM
Pulso: FSC
Mucosas: Rosadas
Tllc: 2”
Ánimo: DEPRIMIDO
Apetito: sonda
Sed: Si
Orina: SI
Vómito: No
Diarrea: No
Defecó: Si
20/12/2024 pm
Paciente durante el día se evidencia decaído no come alimento de manera voluntaria presenta varios episodios de vómito en el día y dos de diarrea, se habla con la propietaria sobre el manejo el cual se le indica pronóstico reservado, Detrás de la hoja anotar cada hora que se alimente asistido por la sonda por favor realizar eco a fast para evidenciar movimientos intestinales y si es el caso administrar pro cinético, añadir a hoja de medicación enemas con carbón activado. resultado de coprológico sugerente de proceso infeccioso en curso, microbiota intestinal alterada
Frecuencia Cardiaca: 103 LPM
Frecuencia Respiratoria: 20RPM
Pulso: FSC
Mucosas: pálidas
Tllc: 2seg
Ánimo: deprimido
Apetito: sonda
Sed: no
Orina: SI
Vómito: No
Diarrea: Si
Defecó: Si
21/12/2024 am
Paciente se evidencia ligeramente deprimido, no come alimento de manera voluntaria, solo asistido, presenta episodios de vómito y de diarrea con presencia de sangre. Paciente presenta hipotermia, la cual ha sido controlada con medios externos y cobijas. Presenta irritación en la zona perianal debido a sus diarreas. Se actualiza medicación con enemas. Paciente de pronóstico reservado, se canaliza

en el otro miembro anterior y se realiza administración de dieta parenteral
Temperatura: 36.9
Frecuencia Cardiaca: 122 LPM
Frecuencia Respiratoria: 21 RPM
Pulso: FSC
Mucosas: Rosadas
Tllc: 2”
Ánimo: Alerta
Apetito: parenteral
Sed: Si
Orina: SI
Vómito: SI
Diarrea: SI
Defecó: Si
21/12/2024 pm
Se entrega paciente alerta pero deprimido en jaula, constantes fisiológicas en rango, toma agua y no come, no se insiste alimento asistido por posible aberración alimentaria, se inicia durante toda la noche fluidoterapia constante a 60ml/kg/dia para un total de : 8,75ml/h, antes de iniciar con la terapia de fluidos paciente se denotaba adinámico, mas deprimido y poco alerta a estimulos externos, posteriores las 3 primeras horas de instaurada la fluidoterapia paciente se muestra mas activo, actitud menos deprimida, se medica al dia, paciente durante el turno no presenta diarreas ni vomitos
Temperatura: 38.3
Frecuencia Cardiaca: 120LPM
Frecuencia Respiratoria: 32RPM
Pulso: FSC
Mucosas: Pálidas
Tllc: 2”
Ánimo: Deprimido
Apetito: parenteral
Sed: Si
Orina: SI
Vómito: No
Diarrea: No
Defecó: No
22/12/2024am
Presenta 1 episodio de vomito. Paciente presenta hipotermia, la cual ha sido controlada con medios externos y cobijas. Continua con la irritación en la zona perianal debido a sus diarreas. Se actualiza medicación con. Paciente de pronóstico reservado.
Temperatura: 37.8
Frecuencia Cardiaca: 98 LPM
Frecuencia Respiratoria: 20 RPM
Pulso: FSC
Mucosas: Rosadas pálidas
Tllc: 3”
Ánimo: Deprimido
Apetito: parenteral
Sed: no
Orina: si
Vómito: si
Diarrea: NO
Defecó: NO
22/12/2024pm
Paciente deprimido en cubil, alerta a su entorno, sus constantes fisiológicas dentro del rango a excepción de la temperatura, la cual se

utilizan medios físicos externos para mantener temperatura, durante el turno no presenta episodios de vomito ni diarrea, sin embargo emite un olor característico del virus, se instaura terapia biorreguladora, Engystol, y Lymphomiosot
Temperatura: 37.8
Frecuencia Cardiaca: 98 LPM
Frecuencia Respiratoria: 16 RPM
Pulso: FSC
Mucosas: Rosa pálido
Ánimo: Deprimido
Apetito: parenteral
Sed: no
Orina: Si
Vómito: No
Diarrea: No
Defecó: No
23/12/2024 am y pm
Paciente deprimido en cubil, alerta a su entorno, constantes fisiológicas dentro del rango a excepción de la temperatura, se utilizan medios físicos externos para mantener temperatura, durante el turno no presenta episodios de vomito ni diarrea, no defeca, orina, su medicación se encuentra al día, vía permeable.
Temperatura: 38.8
Frecuencia Cardiaca: 124 LPM
Frecuencia Respiratoria: 36 RPM
Pulso: FSC
Mucosas: Rosa pálido
Ánimo: Deprimido
Apetito: parenteral
Sed: no
Orina: Si
Vómito: No
Diarrea: no
Defecó: No
24/12/2024 am y pm
Paciente durante el día se encuentra deprimido, responde poco a estímulos, se da la medicación instaurada y se aumenta. Reportan que presenta un episodio de vómito, pero no Diarrea. sin embargo comienza con distres respiratorio, se coloca el condensador con oxígeno en 2lt y se da un poco de miel. Se realiza examen clínico donde se obtiene:
Temperatura: 38.3
Frecuencia Cardiaca: 110 LPM
Frecuencia Respiratoria: 44 RPM
Pulso: FSC
Mucosas: Rosa pálido
Ánimo: Deprimido
Apetito: parenteral
Sed: no
Orina: Si
Vómito: No
Diarrea: No
Defecó: No
Se les informa a los propietarios la condición del paciente y que el pronóstico es reservado a malo

25/12/2024 am
El paciente se evidencia en estado estuporoso, letárgico, se procede a realizar examen físico para evaluar, paciente presenta paro cardiorespiratorio .Causa de muerte, shock respiratorio, debido a que horas antes presento distress respiratorio y se conecta sonda

nasal,además del cuadro gastroenterico qué evidenciaba por el curso de la patología,posible Septicemia. Importante tener en cuenta que se trataba de una patología altamente letal y de pronóstico reservado a malo.

Diagnóstico final:

parvovirus canino

Angie Ortega.

T.P. 45610

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com
Dirección: Av. Pradilla Diag. 13 #1-12

18 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	PACO	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	1 MES
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICA		

CUADRO HEMATICO

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
ERITROCITOS	**mm^3**	**4.820**	**5.500 – 8.500**
HEMATOCRITO	**%**	**28.5**	**39 – 56**
HEMOGLOBINA	g/dl	**9.7**	**11 – 19**
VCM	**fl**	**59.3**	**62 – 72**
HCM	**pg**	20.1	**20 – 25**
CHCM	**g/dl**	34	**30 – 38**
NORMOBLASTOS	**%**	0	**0 – 1**
MORFOLOGÍA	GLÓBULOS ROJOS NORMOCÍTICOS, NORMOCRÓMICOS.		

	Unidades de Medida	Resultado		Valores de Referencia
LEUCOCITOS	**mm^3**	**19000**		**6.000 – 17.000 /mm^3**
	Valor Relativo	**Valores de Referencia**	**Valor Absoluto**	**Valores de Referencia**
NEUTRÓFILOS	**90.3**	**60 – 83 %**	12.280	**4.000 – 12.600 c/µl**
LINFOCITOS	**7.7**	**12 – 30 %**	1.047	**800 – 5.100 c/µl**
EOSINOFILOS	0	**0 – 5 %**	0	**0 - 1.220 c/µl**
MONOCITOS	**2.0**	**3 – 19 %**	272	**0 - 1800 c/µl**
BASÓFILOS		**0 – 1 %**		**0 - 190 c/µl**
BANDAS		**0 – 1 %**		**0 - 500 c/µl**
METAMIELOCITOS		**0 %**		**0 c/µl**
MIELOCITOS		**0 %**		**0 c/µl**
MORFOLOGÍA				

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
PLAQUETAS	**/mm^3**	431.000	**100.000 - 460.000**
MORFOLOGÍA			

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
PPT	**g/dl**	5.8	**5.5 – 7.0**
ALBÚMINA	**g/dl**	2.4	**2.3 - 3.8**
GLOBULINAS	**g/dl**	3.4	**3.0 – 4.1**

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com
Dirección: Av. Pradilla Diag. 13 #1-12

PACIENTE	PACO	**ESPECIE**	CANINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	1MES
SEXO	MACHO	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICA		

TEST PARVOVIRUS Y CORONAVIRUS CANINO

TEST INMUNOCROMATOGRÁFICO PARA LA DETECCION CUALITATIVA DE ANTIGENO VIRAL DE *PARVOVIRUS CANINO* Y *CORONAVIRUS CANINO* EN HECES.

MUESTRA: HISOPADO RECTAL

RESULTADO: **POSITIVO PARA PARVOVIRUS CANINO**

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

11 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	PANCHA	**ESPECIE**	FELINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	N/R
SEXO	HEMBRA	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICA		

COPROLÓGICO

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	PARDO OSCURO
CONSISTENCIA	BLANDA
ASPECTO	PASTOSA
OLOR	FÉTIDO
MOCO	NEGATIVO
SANGRE MACROSCÓPICA	NEGATIVO
OBJETOS EXTRAÑOS	NO SE OBSERVAN
EXAMEN MICROSCOPICO	
ALMIDONES	++
FIBRAS VEGETALES	+
JABONES	+
CELULOSA	+
FIBRAS MUSCULARES	+
LEUCOCITOS	4-6 XCA
HEMATIES	3-5 XCA
CÉLULAS EPITELIALES	1-3 XCA
LEVADURAS	NEGATIVO
BLASTOCONIDIAS	NEGATIVO
GRASA	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	NORMAL MIXTA
BACILOS ESPORULADOS	NEGATIVO
BACILOS MORFOLÓGICAMENTE COMPATIBLES CON Espiroquetas	NEGATIVO
PARASITOLÓGICO	
NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS PARASITARIAS EN LA MUESTRA ANALIZADA	

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Dr. Brian Forero
Imagenología Veterinaria

INFORME ECOGRÁFICO

RESEÑA: **FECHA: 17/12/2024**

DOCTOR: ANGIE ORTEGA		**NIC: RTDO VETSABANA**
PACIENTE: PANCHA	**ESPECIE: FELINO**	**RAZA: DPC**
SEXO: HEMBRA		**EDAD: 7 AÑOS**
PROPIETARIO: ALCALDIA DE CAJICÁ		**PROFESIÓN: N/R**
PROCEDENCIA: CAJICÁ		**TELEFONOS: N/R**

Examen Solicitado, Ecografía Abdominal. Se lleva a cabo rastreo abdominal completo en posición decúbito dorsal, con sonda microconvex de 5-9 MHz.

Vejiga Urinaria: Satisfactoriamente distendida con contenido anecoico, en posición medial hipogástrica, con forma piriforme regular en corte longitudinal y forma circular normal en corte transversal con leve acumulo de artefactos y conglomerados proteico-celulares ecogénicos en suspensión, pared de aspecto liso regular homogénea sin estructuras adheridas sobre pared dorsal sin afección de pared mucosa, sin sombra acústica ni proceso obstructivo en trígono vesical.

Riñón Izquierdo: Isoecogénico con relación a parénquima esplénico, de forma ovoide regular con superficie normal sin alteraciones visibles sobre capsula y corteza renal en cortes transversal y longitudinal, relación corteza medula 2:1 con buena apreciación de divertículos y venas inter lobares, mediciones L (4.22 cm), Al (2.15 cm), An (NR**)**, buena diferenciación cortico-medular con sombra acústica en hilio y pelvis renal.

Bazo: Se evidencia en epigastrio, mesogastrio e hipogastrio izquierdo en corte longitudinal y transversal estructura de cabeza, cuerpo y cola esplénica de característica heterogéneo y tamaño reducido con bordes lanceolados sin focos intraparenquimatosos focales ni afecciones de capsula esplénica, se aprecia vena esplénica de características normales sobre cara visceral del bazo.

Estómago: severamente distendido, con contenido ecogénico mixto de característica liquida, sólida y gaseosa que impide visualización de estructuras adyacentes en corte longitudinal y transversal. Se aprecia proceso inflamatorio de pared mucosa sobre cuerpo gástrico y antro pilórico sin edema perigástrico, se evidencia normalidad de pared mucosa y flujo sobre duodeno proximal. Se perciben movimientos peristálticos al examen 4-5/min.

INFORME ECOGRÁFICO

Yeyuno e Íleon: Se aprecia en corte longitudinal porción intestinal yeyunal con patrón mucoso normal con apreciación de pared mucosa, submucosa, muscular y serosa de ecotextura habitual con un grosor de 0.20 cms con contenido ecogénico, peristaltismo sincrónico y flujo progresivo; se evidencia íleon con pared mucosa hipoecoica y submucosa hiperecogénica normal con medidas de 0.23 cms con contenido ecogénico normal con flujo progresivo. Se perciben movimientos peristálticos al examen de 2-3 /min.

Colon: En corte longitudinal se realiza recorrido de colon descendente hasta curvatura esplénica continuando con colon transverso y posterior ascendente hasta válvula íleo- cecal donde se observa contenido fecal sólido y gaseoso sin alteraciones sobre pared mucosa.

Páncreas: En abordaje transversal y longitudinal epigástrico medial y derecho se aprecia estructura triangular hipoecogénica con relación a tejido adiposo circundante poco delimitada de característica eco normal; en porción caudal a la curvatura mayor del estómago rama izquierda del páncreas, Continuo al antro pilórico cuerpo pancreático y en posición dorso medial al duodeno la rama pancreática derecha.

Hígado: El posicionamiento longitudinal y transversal del transductor sobre apófisis xifoidea indica normalidad del parénquima hepático de característica heterogéneo con bordes redondeados sin cambios en vena porta intra hepática de característica habitual. Al realizar abordaje para/costal derecho se aprecia vesícula biliar con pared de característica hiperecoica con contenido anecoico con presencia de sedimento biliar sin aparente proceso obstructivo hepatobiliar.

Riñón Derecho: Isoecogénico con relación a parénquima de lóbulo caudado hepático, de forma ovoide regular con superficie normal sin alteraciones visibles sobre capsula y corteza renal en cortes transversal y longitudinal, relación corteza medula 2:1 con buena apreciación de divertículos y venas interlobares, mediciones L (3.88 cm), Al (2.15 cm), An (NR**)**, buena diferenciación cortico-medular con sombra acústica en hilio y pelvis renal.

Útero: Se aprecia en corte transversal estructura tubular moderadamente hipoecoica con limite caudal en cérvix ecogénico normal, se evidencia en ubicación craneal bifurcación uterina.

Ovario Izquierdo: Se evidencia caudalmente a polo caudal de riñón izquierdo estructura hipoecoica redondeada sin estructuras ecogénicas o hipoecoicas en polo craneal o caudal compatible anatómicamente con ovario en anestro.

Ovario Derecho: Se evidencia caudalmente a polo caudal de riñón derecho estructura hipoecoica redondeada sin estructuras ecogénicas o hipoecoicas en polo craneal o caudal compatible anatómicamente con ovario en anestro.

Dr. Brian Forero
Imagenología Veterinaria

INFORME ECOGRÁFICO

Observaciones:

- **Se aprecia cavidad abdominal con peritoneo hipoecoico normal sin acúmulos líquidos ni presencia de estructuras ecogénicas anormales.**
- **Linfonódos celiacos, mesentéricos craneales, mesentéricos caudales, lumbares e iliosacros de característica econormal sin cambios.**

Hallazgos Ecográficos compatibles con:

- **SEDIMENTO URINARIO LEVE.**
- **COPROSTASIA SEVERA.**
- **NEFROPATIA BILATERAL ASOCIADA A ACUMULO MINERAL EN PELVIS RENAL.**
- **SOBRECARGA GASTRICA.**
- **GASTRITIS.**
- **ESPLENOCONTRACCION HETEROGENEA.**
- **MIGRACION LIPIDICA HEPATICA.**
- **COLECISTITIS.**

RECOMENDACIONES

Correlación sintomatología clínica, terapia paliativa de hallazgos reportados de acuerdo a criterio de médico tratante.

NOTA: Las imágenes ecográficas plasmadas en el anterior informe corresponden única y exclusivamente para este reporte ecográfico en esta fecha específica.

Recuerde que la valoración ecográfica es un estudio dinámico, por lo cual, las imágenes son una guía para el clínico.

FIN DEL REPORTE

Brayan Forero Mora
Médico Veterinario TP 32833
Universidad De Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA)
Énfasis imágenes diagnósticas por ecografía y radiografía

Vet Sabana Clinica Veterinaria
Avenida Pradilla #1-12
Telefonos.: 314 808 2075
Nit.: 901835125-4
vetsabanachia@gmail.com

Historia Clinica

2024-12-21 11:35:56 PM

Datos del paciente

No. Historia: 1103 | **Paciente:** PANCHA | **Especie:** FELINO

Raza: mestizo | **Color:** Tricolor | **Sexo:** Hembra

Nacido: 2017-09-20 | **Propietario:** Alcaldia de CAJICA | **Documento:** 899999465-0

Esteril: NO

Informacion General

No. Consulta: 1096 | **Veterinario:** Angie Vanessa Ortega Garcia | **Fecha:** 2024-12-09

Anamnesicos:
La paciente viene por parte de la alcaldia de Cajica, la encontró una señora, tomo agua, no recibe alimento, no saben más sobre su procedencia.

T: 39.1 | **Frec. Cardi.:** 112 | **Frec. Resp.:** 44

Pulso: fsc | **Mucosas:** ROSADAS | **Deshidratación:** 6%

Peso: 2.5 kg | **TLLC:** 1 | **TRPC:** 1

Actitud Propietario: ALERTA

Cond. Corporal: 2/5

Examen físico:
Paciente se presenta hipersalivacion continua, deshidratación, dolor abdominal a la palpación,

Lista problemas: 1. Deshidratación 6%
2. Ganglios submandibulares reactivo (poplíteos)
3. No presenta dolor a la digitopresion
4. Dolor abdominal en region epigastrica
5. Reflejos espinales y tusigeno activo
6. No presenta luxacion o fractura en ninguno de sus miembros
7. Caquexica

Lista maestra: I. 1,2,3,4,5,6

Diagnósticos: 1. Gingivoestomatitis
2. Enfermedad periodontal grado 2
3. viral (herpesvirus, calicivirus, leucemia)
4. enfermedad renal

Exámenes Complementarios: FIVE CAT
PREQUIRURGICOS 2
Ecofast
Coprológico

Receta: MANEJO INTRAHOSPITALARIO

Tratamiento: INTRAHOSPITALARIO
PROFILAXIS

Fecha control: 2024-12-09 **Próximo control:** 2024-12-27

IBETT RODRÍGUEZ HABIBE
MV U Nacional
Esp. Bioquímica Clínica PUJ

REGISTRO	31140	**FECHA**	10/12/2024	**RECEPCIÓN**		**REMITENTE**	Vet Sabana
VETERINARIO	Dra. Angie ortega			**PROPIETARIO**	Alcaldía de Cajicá	**TELÉFONO**	314 808 2075
NOMBRE	**PANCHA**	**ESPECIE**	Felino	**SEXO**	Hembra	**RAZA**	Criollo o Mestizo
		EDAD	NR				

INMUNOLOGÍA

Prueba de ensayo inmunocromatográfico de un (1) paso

PARÁMETRO	RESULTADO	LOTE
Inmunodeficiencia viral felina (IVF) (Ac)	Negativo	1204D405
Leucemia viral felina (LVF) (Ag)	Positivo	1204D405
Herpesvirus felino (Ac)	NEGATIVO 1 : 2 Baja respuesta inmunológica	F119D069
Calicivirus Felino (Ac).	POSITIVO 1 : 256 Vacunación inferior a 4 meses o respuesta inmune activa frente al virus	F121D063
Panleucopenia Felina (Ac).	POSITIVO 1 : 1280 Vacunación inferior a 4 meses o respuesta inmune activa frente al virus	F120D066

OBSERVACIONES

M.V. IBETT RODRIGUEZ HABIBE
T.P. 07278
RESULTADO VÁLIDO ÚNICAMENTE PARA LA MUESTRA ANALIZADA

Vet Sabana Clinica Veterinaria
Avenida Pradilla #1-12
Telefonos.: 314 808 2075
Nit.: 901835125-4
vetsabanachia@gmail.com

Historia Hospitalización

No. Historia: 1103
Paciente:PANCHA
Especie: FELINO
Raza: mestizo
Sexo: Hembra
Nacido: 2017-09-20
Alimentacion: No refiere
Estado Antipara: Vigente
Estado Vacunal: No Vigente
Propietario: Alcaldia de CAJICA
Documento: 899999465-0
Telefono: 18795356
Correo: ventanillapqrs-alcaldia@cajica.gov.co

No. Hospita:	Procedimiento:	Fecha Entrada:	Fecha Salida:
192	Hospitalización Ingresa paciente a hospitalización para realizar estabilización, monitorización, seguimiento, manejo de medicación, hidratación intravenosa, toma de muestras para exámenes de laboratorio. Se instaura la siguiente terapia intrahospitalariamente: Deshidratacion 6% Tiempo de reposición 150 Tiempo de mantenimiento 150 Perdidas sensibles 50 mL/24 H 350 mL/H 14 Got/s 1got/2 " Micro Ampicilina + sulbactam (22 mg/Kg) 0.6 mL, IV, BID Dipirona (22 mg/Kg) 0.4 mL, IV, BID Dextromin (10 mL/Kg) 52 mL, INF, BID Pregabalina (2 mg/Kg) 1 mL, VO, BID Dexametasona (0.3 mg/Kg) 0.7 mL, IV, BID Alimento: Lata mongue RECOVERY/ gastrointestinal	2024-12-09 10:22:00	2024-12-19 18:00:00

Observaciones:

9/12/2024 Turno dia

El paciente ingresa por medio de la alcaldía de Cajicá, la encontró una señora, tomo agua, no recibe alimento, no saben mas sobre su procedencia, al ingresar a hospital muestra buen apetito, se instaura fluido terapia.

En el examen Clínico se observa gingivitis y ganglios linfáticos reactivos en las regiones submandibular y poplítea, el paciente presenta deshidratación del 6%, hipertermia, no se evidencia dolor a la digito presión. Sin embargo, se detecta dolor abdominal en la región epigástrica. Los reflejos espinales y tusígeno están activos, no se identifican signos de luxación o fractura en los miembros del paciente.

Exámenes sugeridos: five cat, coprológico, pqx 2, ecografía abdominal

medicación estipulada:

Dipirona (22 mg/kg) DT: 0.1 ml IV BID

Ampicilina+Sulbactam (25 mg/kg) DT:0.1 ML IV BID

Omeprazol (0.7 mg/kg) DT: 0.4 ml IV BID

Fluimucil (20 mg/kg) DT: 0.5 ml IV BID

Se procede a la canalización de vía intravenosa, hoja de medicación y se toman muestras para exámenes prequirúrgicos 2, a espera de los resultados de laboratorio. Se sugiere profilaxis.

Constantes Fisiológicas PANCHA

Temperatura: 38.5, Frecuencia Cardiaca: 180 LPM, Frecuencia Respiratoria: 36RPM, Pulso: FSC, Mucosas: Rosadas, Tllc: 2”, Ánimo: ALERTA, Apetito: SI, Sed: SI, Orina: SI, Vómito: No, Diarrea: NO, Defecó: NO

09/12/2024 turno noche
Se entrega paciente alerta dentro y fuera del canil, constantes fisiológicas en rango, come y toma a agua a voluntad, orina y no defeca, no presenta episodios gastroentéricos como vómitos o diarrea, paciente continua con sialorrea marcada, debido a la incomodidad en cavidad bucal, paciente se sugiere control bacteremia oral, para poder hacer el posterior tratamiento periodontal, se continua con medicación de turno.
RECOMENDACIONES
-tpr cada 8 horas
-se sugiere utilizar stomyzol, o stomorgyl por 3 días antes del tratamiento periodontal.
Constantes Fisiológicas PANCHA
Frecuencia Cardiaca: 168 LPM, Frecuencia Respiratoria: 64, Pulso: FSC, Mucosas: Rosa Pálidas,
Tllc 2seg, Ánimo: Alerta, Apetito: Si, Sed: No, Orina: Si, Vómito: No, Diarrea: No, Defecó: No

10 /12/2024 TURNO AM
Paciente deprimida y estable, come y toma agua a voluntad, no orina ni defeca puede ser por el hecho que es de la calle, no presenta episodios de vómito o de diarrea. Se toma muestra para five cat, pero debido a que está muy deshidratada no se puede tomar muestra para pq2. Continúa con terapia de hidratación.
Constantes Fisiológicas PANCHA
Temperatura: 38.5, Frecuencia Cardiaca: 172 LPM, Frecuencia Respiratoria: 32RPM, Pulso: FSC, Mucosas: Rosadas, Tllc: 2”, Ánimo: Deprimida, Apetito: SI, Sed: NO, Orina: NO, Vómito: No, Diarrea: NO, Defecó: NO

10/12/2024 turno noche:
Paciente deprimida, consume poco alimento y agua de manera voluntaria, orina y defeca, algo de hipotermia, no presenta episodios de vomitos ni de diarrea, continua con sialorrea.
RECOMENDACIONES
-TPR CADA 12Horas
CONSTANTES FISCIOLOGICAS.
Temperatura: 37.3, Frecuencia Cardiaca: 165 LPM, Frecuencia Respiratoria: 38RPM, Pulso: FSC, Mucosas: Rosadas, Tllc: 2”, Ánimo: Deprimida, Apetito: SI, Sed: NO, Orina: Si, Vómito: No, Diarrea: NO, Defecó: si.
11/12/2024 TURNO AM
Paciente se muestra alerta y responde a estímulos, come y toma agua a voluntad, orina dentro del arenero. Se da la medicación instaurada y no presenta alteración de sus constantes fisiológicas. Llegan resultados de Five cat donde paciente es positiva para leucemia, Panleucopenia y Calicivirus, se le informan los resultados a la propietaria. Paciente presenta constantes fisiológicas en rango.
CONSTANTES FISIOLÓGICAS PANCHA
Temperatura: 38.5, Frecuencia Cardiaca: 180 LPM, Frecuencia Respiratoria: 36RPM, Pulso: FSC, Mucosas: Rosadas, Tllc: 2”, Ánimo: ALERTA, Apetito: SI, Sed: SI, Orina: SI, Vómito: No, Diarrea: NO
Defecó: NO
11/12/2024 TURNO PM
Paciente se muestra alerta y estable, un poco mas activa, come y toma agua a voluntad, orina dentro del arenero y defeca. Se da la medicación instaurada y no presenta alteración de sus constantes fisiologicas. No presenta episodios de vomito o de diarrea.
CONSTANTES FISIOLÓGICAS
Temperatura: 38.3, Frecuencia Cardiaca: 120LPM, Frecuencia Respiratoria: 32RPM,
Pulso: FSC, Mucosas: rosas palidas, Tllc: 2”, Ánimo: alerta, Apetito: si, Sed: si, Orina: si, Vómito: no, Diarrea: no, Defecó: no
12/12/2024 TURNO DIA
Paciente estable, activa y alerta, se alimenta y toma agua de manera voluntaria, orina no defeca, no presenta episodios de vomito o de diarrea, se habla con propietarios para realizar profilaxis el día de mañana.
CONSTANTES FISIOLOGICAS.
Temperatura: 37.9, Frecuencia Cardiaca: 175 LPM, Frecuencia Respiratoria: 40RPM, Pulso: FSC, Mucosas: Rosadas, Tllc: 2”, Ánimo: ALERTA, Apetito: SI, Sed: SI, Orina: SI, Vómito: No, Diarrea: NO
Defecó: si.
13/12/2024 TURNO NOCHE
Paciente se muestra alerta y responde a estímulos, come y toma agua a voluntad, orina dentro del arenero. Se da la medicación

instaurada y no presenta alteración de sus constantes fisiológicas. Se realiza ayuno para procedimiento de profilaxis, a espera de su evolución.
CONSTANTES FISIOLOGICAS
Temperatura: 38.3, Frecuencia Cardiaca: 120 LPM, Frecuencia Respiratoria: 32RPM, Pulso: FSC, Mucosas: Rosadas, Tllc: 2”, Ánimo: ALERTA, Apetito: SI, Sed: SI, Orina: SI, Vómito: No, Diarrea: NO
Defecó: No.
14/12/2024 turno día
Paciente estable, activa y alerta durante la mañana, ingresa a profilaxis, sin ninguna anormalidad, se mantiene estable durante la anestesia, no pierde piezas dentales durante el procedimiento.
Se reincorpora de anestesia de manera correcta, se le ofrece un poco de alimento, recibe poco.
Paciente no presenta episodios de vomito o de diarrea.
CONSTANTES FISIOLOGICAS.
Temperatura: 38.3, Frecuencia Cardiaca: 140 LPM, Frecuencia Respiratoria: 38RPM, Pulso: FSC, Mucosas: Rosadas, Tllc: 2”, Ánimo: ALERTA, Apetito: SI, Sed: SI, Orina: SI, Vómito: No, Diarrea: NO
Defecó: Si.

14/12/2024 TURNO NOCHE
Paciente alerta, activa, estable, orina no defeca.
Consume alimento y agua de manera voluntaria, orina no defeca.
Temperatura: 38.3, Frecuencia Cardiaca: 135 LPM, Frecuencia Respiratoria: 36 RPM, Pulso: FSC, Mucosas: Rosadas, Tllc: 3”, Ánimo: ALERTA, Apetito: SI, Sed: SI, Orina: SI, Vómito: No, Diarrea: NO
Defecó: No.
15/12/2024 turno dia
Paciente alerta y estable pero deprimida, durante el dia, no consume alimento de manera voluntaria pero si de manera asistida, orina y defeca, constantes en rango.

15/12/2024 TURNO NOCHE.
Se entrega paciente alerta, dentro y fuera de canil, constantes fisiológicas en rango, come y toma agua a voluntad, durante la noche no presenta alteraciones gastroentéricas, como vómitos o diarreas, ademas de eso paciente no vuelve a referir hipersalivacion o algún cuadro gastroentérico evidente, a la espera de evolución medica por parte de paciente todo ok, no se realiza manejo de fluidoterapia puesto que paciente refiere normohidratación.
MEDICACION DEL TURNO:
Dipirona (22 mg/kg) DT: 0.1 ml IV BID
Ampicilina+Sulbactam (25 mg/kg) DT:0.1 ML IV BID
Omeprazol (0.7 mg/kg) DT: 0.4 ml IV BID
Fluimucil (20 mg/kg) DT: 0.5 ml IV BID
RECOMENDACIONES
-TPR CADA 12Horas.
16/12/2024 TURNO AM
Paciente durante el día se encuentra alerta y responde a estímulos, no presenta hipersalivacion. Se decide tomar muestra para ch en donde se observa hto en 14%, se habla con la propietaria y se indica que es necesario transfusión, en espera de respuesta de la propietaria. Come a voluntad y toma agua a voluntad.
T 38.5, Frc 136, Frr 28, Pulso fsc, TLLC 2, Ánimo alerta
Apetito si, Sed si, Orina si, Vómito no, Diarrea no
Defeco no

16/12/2024 TURNO NOCHE:
Se entrega paciente alerta dentro y fuera del canil, constantes fisiológicas en rango, come y toma a agua a voluntad, orina y no defeca, no presenta episodios gastroentéricos como vomitos o diarrea, paciente no refiere continuar con sialorrea como lo hacía anteriormente, además no presentar incomodidad en su boca, se sigue con medicación estipulada, se continúa con fluido terapia en bolos, todo ok.
MEDICACION ESTIPULADA:

Dipirona (22 mg/kg) DT: 0.1 ml IV BID
Ampicilina+Sulbactam (25 mg/kg) DT:0.1 ML IV BID
Omeprazol (0.7 mg/kg) DT: 0.4 ml IV BID
Fluimucil (20 mg/kg) DT: 0.5 ml IV BID
RECOMENDACIONES
-TPR CADA 12Horas
17/12/2024 TURNO AM
Paciente se muestra alerta y responde a estímulos, consume alimento y agua de manera voluntaria, no presenta episodios de hipersalivacion, todas sus constantes se encuentran en rango. Se da medicación instaurada, propietaria encargada acepta transfusión sanguínea, se tratara de conseguir donante o se conseguirá unidad de sangre.
MEDICACION ESTIPULADA:
Dipirona (22 mg/kg) DT: 0.1 ml IV BID
Ampicilina+Sulbactam (25 mg/kg) DT:0.1 ML IV BID
Omeprazol (0.7 mg/kg) DT: 0.4 ml IV BID
Fluimucil (20 mg/kg) DT: 0.5 ml IV BID
Temperatura: 38.3, Frecuencia Cardiaca: 148 LPM
Frecuencia Respiratoria: 40RPM, Pulso: FSC
Mucosas: Rosadas, Tllc: 2”, Ánimo: Alerta, Apetito: SI
Sed: NO, Orina: NO, Vómito: No, Diarrea: NO
Defecó: NO

17/12/2024 TURNO NOCHE:
Se entrega paciente alerta, en canil, constantes fisiológicas en rango, come y toma agua a voluntad, orina y no defeca, durante el turno no se evidencian alteraciones clínicas aparentes por parte de la paciente, paciente no refiere alteraciones gastroentéricas, ni de ningún tipo, paciente con anemia al parecer no regenerativa por hemotropicos, se sugiere manejo de la anemia, ya sea con transfusión o con medicamentos anabólicos o que ayuden a la síntesis de glóbulos rojos.
se continua con medicación estipulada, no se maneja fluidoterapia durante la noche debido a consumo normal de la misma, resto de cosas ok.
MEDICACION ESTIPULADA:
Dipirona (22 mg/kg) DT: 0.1 ml IV BID
Ampicilina+Sulbactam (25 mg/kg) DT:0.1 ML IV BID
Omeprazol (0.7 mg/kg) DT: 0.4 ml IV BID
Fluimucil (20 mg/kg) DT: 0.5 ml IV BID
RECOMENDACIONES
-TPR CADA 12Horas
-transfusión sanguínea.
18/12/2024 am
Paciente durante la noche permanece activa, alerta a los estímulos, consume agua y alimento de manera voluntaria, constantes fisiológicas en rango, defeca y orina durante el turno, en la mañana estuvo maullando continuamente, medicación al día, se realiza prueba de compatibilidad para trasfusión en el cual paciente es compatible por lo tanto se realiza trasfusión de sangre de acuerdo a sus requerimientos, se instaura eritropoyetina, se coloca dosis de dexametasona

19/12/2024 am
Resultados de cuadro hemático: hematocrito en 10, se habla con propietaria encargada para dar los resultados, en donde se evidencia que la anemia es no regenerativa.Paciente deprimida durante el día, decae, inicia nuevamente con sialorrea, presenta un episodio de vomito y de diarrea. no se muestra alerta, presenta hipotermia se usan medios externos para termoregular.
Paciente continua decaída, esta en estado de estupor se habla con la propietaria encargada, en donde se le comunica que no vemos evolución del paciente y cada día decae mas, se le informa que se debe colocar tubo de esofagostomia pero el riesgo de que pueda fallecer en anestesia en este momento es muy alto, por lo cual deciden colocar eutanasia.

Diagnóstico final:
Calicivirus, Panleucopenia, Leucemia.
Fallecido
Angie Ortega
T.P. 45610

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

11 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	PANCHA	**ESPECIE**	FELINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	N/R
SEXO	HEMBRA	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICÁ		

CUADRO HEMÁTICO

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
ERITROCITOS	**mm³**	5.890	**4.600 – 10.000**
HEMATOCRITO	**%**	**25.3**	**28 – 49**
HEMOGLOBINA	**g/dl**	**8.2**	**11 – 19**
VCM	**fl**	43	**39 – 52**
HCM	**pg**	13.9	**13 – 21**
CHCM	**g/dl**	32.4	**30 – 38**
NORMOBLASTOS	**%**	0	**0 – 1**
MORFOLOGÍA	GLÓBULOS ROJOS NORMOCÍTICOS, NORMOCRÓMICOS.		

	Unidades de Medida	Resultado		Valores de Referencia
LEUCOCITOS	**mm³**	**36.500**		**5.500 – 19.500 /mm³**
	Valor Relativo	**Valores de Referencia**	**Valor Absoluto**	**Valores de Referencia**
NEUTRÓFILOS	**87**	**35 - 85%**	**31.755**	**2.100 - 15.000 c/µl**
LINFOCITOS	**11**	**12 - 45%**	4.015	**800 - 7.000 c/µl**
EOSINÓFILOS	0	**0 - 4%**	0	**0 - 1.500 c/µl**
MONOCITOS	2	**2 - 9%**	730	**0 - 1.900 c/µl**
BASÓFILOS		**0 - 1%**		**0 - 100 c/µl**
BANDAS		**0 - 1%**		**0 - 100 c/µl**
METAMIELOCITOS		**0%**		**0 c/µl**
MIELOCITOS		**0%**		**0 c/µl**
MORFOLOGÍA	SE OBSERVA ESCASA VACUOLIZACION CITOPLASMÁTICA RECUENTO DIFERENCIAL CONFIRMADO MANUALMENTE.			

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
PLAQUETAS	**/mm³**	400.000	**150.000 - 520.000**
MORFOLOGÍA			

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
PPT	**g/dl**	**8.6**	**5.5 – 8.0**
ALBÚMINA	**g/dl**	3.6	**2.3 - 3.9**
GLOBULINAS	**g/dl**	**5.0**	**3.0 – 4.1**

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com

PACIENTE	PANCHA	**ESPECIE**	FELINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	N/R
SEXO	HEMBRA	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICÁ		

PARÁMETRO	**RESULTADO**	**VALORES NORMALES**
ALT	23	19 – 57 U/L
UREA	51	22 – 60 mg/dl
BUN	23.8	9 – 38 mg/dl
CREATININA	0.89	0.6 – 1.7 mg/dl
FOSFATASA ALCALINA	18	15 – 75 U/L
ASPECTO SÉRICO	NORMAL	

Teléfono: 314 808 2075
Correo: vetsabanachia@gmail.com
Dirección: Av. Pradilla Diag. 13 #1-12

16 DE DICIEMBRE DE 2024

PACIENTE	PANCHA	**ESPECIE**	FELINO
RAZA	CRIOLLO	**EDAD**	N/R
SEXO	HEMBRA	**MEDICO TRATANTE**	ANGIE ORTEGA
TUTOR	ALCALDIA DE CAJICA		

CUADRO HEMATICO

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
ERITROCITOS	**mm^3**	**3.250**	**5.500 – 8.500**
HEMATOCRITO	**%**	**14**	**39 – 56**
HEMOGLOBINA	g/dl	**6.6**	**11 – 19**
VCM	**fl**	**61.2**	**62 – 72**
HCM	**pg**	**19.6**	**20 – 25**
CHCM	**g/dl**	32.3	**30 – 38**
NORMOBLASTOS	**%**	0	**0 – 1**
MORFOLOGÍA	GLÓBULOS ROJOS CON HIPOCROMÍA MODERADA Y POLICROMATOFILIA LIGERA.		

	Unidades de Medida	Resultado		Valores de Referencia
LEUCOCITOS	**mm^3**	**25.000**		**6.000 – 17.000 /mm^3**
	Valor Relativo	**Valores de Referencia**	**Valor Absoluto**	**Valores de Referencia**
NEUTRÓFILOS	79.7	**60 – 83 %**	4.702	**4.000 – 12.600 c/µl**
LINFOCITOS	15.4	**12 – 30 %**	908	**800 – 5.100 c/µl**
EOSINOFILOS	0	**0 – 5 %**	0	**0 - 1.220 c/µl**
MONOCITOS	4.9	**3 – 19 %**	289	**0 - 1800 c/µl**
BASÓFILOS		**0 – 1 %**		**0 - 190 c/µl**
BANDAS		**0 – 1 %**		**0 - 500 c/µl**
METAMIELOCITOS		**0 %**		**0 c/µl**
MIELOCITOS		**0 %**		**0 c/µl**
MORFOLOGÍA				

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
PLAQUETAS	**/mm^3**	258.000	**100.000 - 460.000**
MORFOLOGÍA			

	Unidades de Medida	Resultado	Valores de Referencia
PPT	**g/dl**	5.5	**5.5 – 7.0**
ALBÚMINA	**g/dl**	**2.0**	**2.3 - 3.8**

Constanza Barrantes
Bacterióloga UCMC
T.P 39804524