MEDIVET
CONSULTORIO VETERINARIO
Nit: 7.187.845-5 Régimen comun
JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ
MÉDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA

Tunja, 18 de junio de 2025

Señores
ALCALDIA MUNICIPAL
ATN: DR.ARIS ROLANDO FONCECA BETANCOURTH
UMATA Municipal
Municipio de San Mateo - Boyacá

ASUNTO: INFORME FINAL INVITACIÓN PÚBLICA MINIMA CUANTIA No. SM-MC-018-2025.

Respetuosamente presento el informe Final de la Invitación Pública Mínima cuantía No. SM-MC-018-2025 cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA CON EL FIN DE CONTRUBIR CON LA SALUD PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE SAN MATEO Y BRINDAR BINESTAR ANIMAL, ESPECIALMENTE A LOS ANIMALES QUE SE ENCUENTRAN EN ESTADO DE ABANDONO Y/O SUS PROPIETARIOS SON DE BAJOS RECURSOS."**

Atentamente,

JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ
C.C. 7.187.845 de TUNJA
Contacto: 3202244762
Email: sajor6@hotmail.com

MEDIVET
CONSULTORIO VETERINARIO
Nit: 7.187.845-5 Régimen común
JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ
MÉDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA

Tunja, 18 de junio de 2025

Doctor
JOSE BENITO MORENO GALVIS
UMATA Municipal
Municipio de San Mateo - Boyacá

ASUNTO: INFORME FINAL INVITACIÓN PÚBLICA MINIMA CUANTIA No. SM-MC-018-2025.

Respetuosamente presento el informe Final de la Invitación Pública Mínima cuantía No. SM-MC-018-2025 cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA CON EL FIN DE CONTRUBIR CON LA SALUD PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE SAN MATEO Y BRINDAR BINESTAR ANIMAL, ESPECIALMENTE A LOS ANIMALES QUE SE ENCUENTRAN EN ESTADO DE ABANDONO Y/O SUS PROPIETARIOS SON DE BAJOS RECURSOS."**

Atentamente,

JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ
C.C. 7.187.845 de TUNJA
Contacto: 3202244762
Email: sajor6@hotmail.com

MEDIVET
CONSULTORIO VETERINARIO
Nit: 7.187.845-5 Régimen común
JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ
MÉDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA

TABLA DE CONTENIDO

1 GENERALIDADES DEL CONTRATO 3
1.1 INFORME CONTRACTUAL 3
1.1.1 FICHA TECNICA DEL CONTRATO 3
1.1.2 LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO 4
1.1.3 CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO 4
1.2 GRÁFICOS Y TABLAS 5
2. SEGUIMIENTO AL PROYECTO 7
2.1 RECOMENDACIONES PRE Y POST QUIRÚRGICAS 7
2.1.1 ANTES DE LA CIRUGÍA 7
2.1.2 DESPUÉS DE LA CIRUGÍA 7
2.2 PLAN DE TRABAJO 8
2.3 TÉCNICAS QUIRURGICAS EMPLEADAS 8
2.3.1 OVARIOHISTERECTOMIA LATERAL 8
2.3.2 ORQUIECTOMIA 9
2.4 FORMULA MÉDICA 10
3. ÁREAS PROBLEMÁTICAS 11
4. DISPOSICIÓN DE LOS DESECHOS BIOSANITARIOS Y ANATOMOPATOLOGICOS 12
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 12
6. BIBLIOGRAFÍA 13
7 ANEXOS 14

INFORME FINAL INVITACION PUBLICA No. SM-MC-018-2025

1 GENERALIDADES DEL CONTRATO

1.1 INFORME CONTRACTUAL

1.1.1 FICHA TECNICA DEL CONTRATO

FICHA TECNICA DEL CONTRATO	
CONDICIONES ORIGINALES DEL CONTRATO	
Entidad Contratante:	MUNICIPIO DE SAN MATEO - BOYACÁ
Supervisión:	**JOSE BENITO MORENO GALVIS**
Objeto del Contrato:	**"PRESTACIÓN DE SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA CON EL FIN DE CONTRUBIR CON LA SALUD PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE SAN MATEO Y BRINDAR BINESTAR ANIMAL, ESPECIALMENTE A LOS ANIMALES QUE SE ENCUENTRAN EN ESTADO DE ABANDONO Y/O SUS PROPIETARIOS SON DE BAJOS RECURSOS."**
Contrato No:	No. SM-MC-018-2025
Valor del Contrato:	**CATORCE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($14.950.000,00) M/CTE, IVA INCLUIDO.**
Fecha acta de inicio:	08 DE MAYO DE 2025
Fecha de terminación inicial:	08 DE JULIO DE 2025
Plazo de ejecución inicial:	DOS (02) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO.
MODIFICACIONES REALIZADAS	
Adición valor del contrato:	N/A
Valor del Contrato + Adicional:	N/A
Fecha de suspensión:	N/A
Fecha de reinicio:	N/A
Total, días transcurridos de suspensión	N/A

1.1.2 LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

Área Urbana del Municipio de San Mateo - Boyacá.

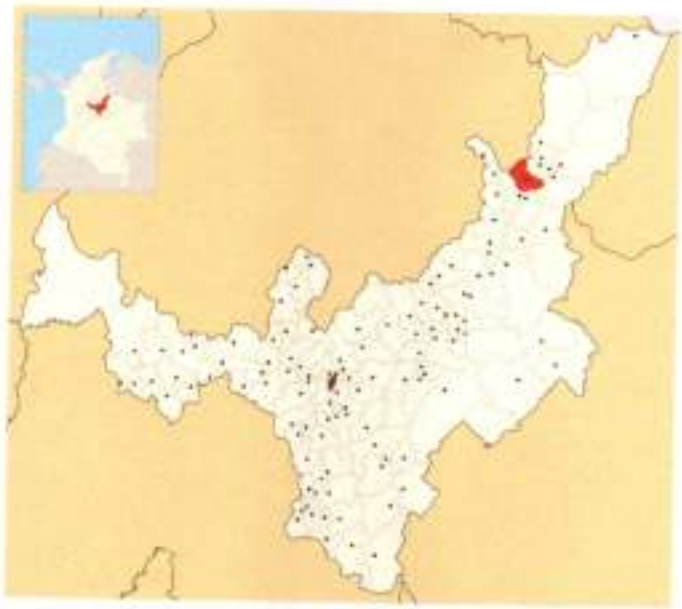


Figura 1. Localización del Municipio de San Mateo en Boyacá

1.1.3 CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO

El proyecto contempla el desarrollo de jornadas de esterilización para caninos y felinos de ambos sexos; en un punto de concentración en la zona urbana del municipio de San Mateo, brindando a toda la población accesibilidad para beneficiarse de dichas jornadas.

Las jornadas que se realizan en el municipio tienen como objeto controlar la población de animales domésticos, previniendo el nacimiento de camadas no deseadas y reduciendo el número de animales abandonados. Además, estas jornadas buscan mejorar la salud y el bienestar de los animales, considerando que la esterilización puede prevenir diversas enfermedades y problemas de comportamiento. Al promover la esterilización, se fomenta una tenencia responsable y se contribuye a una convivencia más armoniosa entre las mascotas y la comunidad.

1.2 GRÁFICOS Y TABLAS

A continuación, se presentan tablas y gráficos que ilustran de manera visual y organizada los datos recopilados durante la ejecución del contrato No. SM-MC-018-2025.

CANINOS	FELINOS
70	45

Tabla 1. Relación especie (canina y felina)



Gráfico 1. Gráfico por especie (canina y felina)

SEXO	No. DE CX	PORCENTAJE
HEMBRAS	105	91%
MACHOS	10	9%
TOTAL	**115**	**100%**

Tabla 2. Relación por sexo (hembras vs machos)



Gráfico 2. Gráfico por sexo (hembras vs machos)

ESPECIE	No. DE CX	PORCENTAJE
HEMBRAS CANINAS	65	57%
MACHOS CANINOS	5	4%
HEMBRAS FELINAS	40	35%
MACHOS FELINOS	5	4%
TOTAL	**115**	**100%**

Tabla 3. Relación por sexo y especie



Gráfico 3. Gráfico por sexo y especie

UBICACIÓN	No. DE CX	PORCENTAJE
CENTRO	115	100%
TOTAL	**115**	**100%**

Tabla 4. Relación por ubicación

2. SEGUIMIENTO AL PROYECTO

En la ejecución del proyecto se desarrollaron 115 cirugías de esterilización en caninos y felinos de ambos sexos, en el área urbana del Municipio de San Mateo - Boyacá, distribuidos de la siguiente manera:

- Caninos hembras: 65
- Caninos machos: 5
- Felinos hembras: 40
- Felinos machos: 5

En el casco urbano del municipio se realizaron 115 procedimientos, atendiendo a población de zona urbana y rural.

2.1 RECOMENDACIONES PRE Y POST QUIRÚRGICAS

Para realizar un trabajo articulado y para el buen desarrollo de las intervenciones quirúrgicas se dieron una serie de recomendaciones pre y post quirúrgicas a los usuarios del proyecto, antes de iniciar las jornadas. Estas recomendaciones iban acompañadas de un plegable, en el cual se encuentra toda la información para el cuidado de cada mascota.

2.1.1 ANTES DE LA CIRUGÍA

- No dar alimentos ni agua desde las 6 de la tarde del día anterior
- Bañarlo el día anterior (NO el mismo día)
- Realizar previa inscripción de beneficiarios
- La mascota debe ir acompañado de un mayor de edad que se encuentre en condiciones de firmar o colocar la huella en el consentimiento informado para cirugía.

2.1.2 DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

- No dar alimentos hasta 8 horas después de la cirugía
- Mantener dieta blanda los primeros dos (2) días
- Limpiar la herida tres (3) veces al día con alcohol y/o yodo
- Hacer uso del collar isabelino.
- En lo posible mantener a la macota en reposo con caminatas esporádicas.
- No vacunar, al menos, diez (10) días antes ni después de la cirugía
- No hacer caminar a la mascota el día de la cirugía
- Si se observa algún comportamiento en la mascota o algo extraño en la herida; se pueden contactar con el personal médico para ser orientados.

2.2 PLAN DE TRABAJO

El usuario llega al lugar designado junto con sus mascotas, se realiza una charla con cada uno de ellos respecto a la intervención quirúrgica destacando posibles complicaciones, recomendaciones postquirúrgicas, manejo responsable de las mascotas, sobrepoblación canina, maltrato animal, beneficios de la esterilización y la relevancia de estas jornadas e importancia en la salud pública. Una vez firmada la autorización para la intervención quirúrgica, el paciente ingresa a la zona de alistamiento quirúrgico e inicia todo el proceso de asepsia para ingresar a cirugía; finalizada la cirugía el paciente es llevado al área de recuperación donde es monitoreado constantemente y medicado con analgésico y antibiótico de larga acción vía intramuscular. Al finalizar este proceso y verificar que el paciente reacciona de manera favorable, es estregado a la persona responsable, brindándole información de los cuidados necesarios para su recuperación.

Para esta campaña se utilizaron dos Técnicas quirúrgicas:

- Ovariohisterectomia, para hembras mediante abordaje lateral
- Orquiectomia, para machos

El desarrollo del proyecto se realizó en el transcurso de dos (2) días, para un total de 115 procedimientos realizados.

2.3 TÉCNICAS QUIRURGICAS EMPLEADAS

2.3.1 OVARIOHISTERECTOMIA LATERAL

"Originalmente se recomienda el flanco derecho para realizar el abordaje inicial al ovario correspondiente por ser el ligamento ovárico izquierdo ligeramente más largo y flácido y permitir extirpar el ovario por el flanco opuesto con mayor facilidad. Algunos veterinarios recomiendan el flanco izquierdo para realizar el abordaje inicial al ovario correspondiente por encontrarse libre de asas del intestino delgado. El mesenterio del colon descenderte mantiene aislado el ovario y cuerno izquierdo. Sin importar cuál sea el flanco escogido para realizar la cirugía, los puntos de referencia son el límite de la porción muscular del oblicuo abdominal externo, la proyección dorsal del pezón, el borde de las apófisis transversas de las vértebras lumbares, el borde anterior del pubis y la última costilla.

El punto central de la incisión debe ser el punto de intersección de la línea que parte del borde inferior del trocánter mayor y va paralela a las apófisis transversas de las vértebras lumbares y una línea perpendicular que pasa sobre el pezón.

La orientación de la incisión es la línea que parte del ángulo de la articulación de la última costilla y finaliza a nivel del borde anterior del pubis. La longitud de la incisión depende de la habilidad y experiencia del cirujano, pero debe ser lo suficientemente amplia para permitir la extracción cómoda del ovario y la grasa que lo envuelve.

Después de incidir la piel se separan las fibras de los músculos: oblicuo abdominal externo, oblicuo abdominal interno y finalmente las del transverso del abdomen.

Al llegar a la cavidad abdominal se colocan un par de separadores de Tessier o de Farabeuf y con movimientos suaves podemos visualizar los órganos del área
Al ingresar por el lado derecho podremos visualizar anterior y ventralmente las asas del intestino delgado, generalmente cubiertas de epiplón.

Luego de extraer el ovario y su Vascularización, procedemos a pinzar, ligar y cortar la inserción del ligamento suspensorio del ovario. Haciendo tracción del cuerno logramos extraer el cuerpo del útero y el cuerno uterino del lado opuesto. Para extraer el ovario del lado opuesto y su Vascularización, procedemos a presionar sobre la pared abdominal. Lograda la extracción procedemos a pinzar, ligar y cortar la inserción del ligamento suspensorio del ovario. Extraemos el cuerpo del útero y procedemos a pinzar, ligar y cortar por detrás del cuello del útero.

Algunos veterinarios prefieren dejar el cuello del útero, pero se puede presentar más tarde un Piómetra del muñón. Finalizada la OVH, se coloca un punto en U para cerrar el peritoneo y se sutura tejido subcutáneo y piel. No se recomienda la técnica lateral, cuando la hembra es obesa o se ha diagnosticado preñez o Piómetra.",

2.3.2 ORQUIECTOMIA

El procedimiento consiste en la extirpación quirúrgica de los testículos. Primero realizamos un abordaje a los testículos a través de la piel y de las túnicas que los protegen. Una vez aislados, procedemos a ligar los vasos y el conducto deferente de cada testículo para, a continuación, seccionarlos y extirparlos. Una vez hecho esto con ambos testículos, cerramos las túnicas y la piel con puntos simples.

Es importante diferenciar la orquiectomía de la vasectomía, donde sólo ligamos y seccionamos el conducto deferente, manteniendo los testículos intactos. Con esta última el macho es estéril, pero mantiene su función hormonal intacta, así como los comportamientos propios de los machos que queremos evitar en la mayor parte de las veces: marcaje con orina, agresividad, huidas para montar a otras hembras, etc. La cirugía suele practicarse a los 5 a 7 meses de edad en los gatos. En los perros, en función del tamaño y raza del animal, lo haremos entre los 5 meses y el año de edad.

En los gatos evitará que se orine en la casa para marcar su territorio, y lo hará más cariñoso y tranquilo. Evitaremos que se quiera escapar o tirarse por la terraza en busca de gatas en celo o pelearse por ellas con otros machos, principal causa de infecciones víricas. Los machos de raza reproductores son los únicos que no esterilizaremos de forma rutinaria al llegar a la pubertad.

En los perros, es obligado especialmente en razas agresivas que vayamos a tener como mascotas, ya que no buscarán la pelea con otros perros. También será una necesidad en problemas prostáticos, tumores testiculares o alteraciones en su comportamiento. Es una cirugía que se debe hacer -aunque el perro no tenga ningún problema físico o de comportamiento- si queremos que nuestro perro sea más dócil

Posterior y dorsalmente la grasa que cubre el ovario derecho y los ligamentos ancho y redondo del útero. Al ingresar por el lado izquierdo podemos visualizar posterior y dorsalmente la grasa que cubre el ovario izquierdo y los ligamentos ancho y redondo del útero. Ventralmente podemos visualizar el colon descendente Con una erina, separador de raíz, gancho de Noel o un retractor de Senn podemos atrapar el cuerno del útero ingresando perpendicular a la herida y haciendo un giro hacia dorsal.

2.4 FORMULA MÉDICA

I) Cefalexina o Amoxicilina tab o susp dar xx ml V.O. cada 12 horas por 5 días
II) Meloxicam dar xx cada 24 horas por 3 días
III) Collar Isabelino obligatorio por 15 días
IV) Limpieza de la herida tres (3) veces al día con Isodine y/o yodo por ocho (8) días
V) Control postquirúrgico y retiro de puntos

Estas recomendaciones se dieron de manera verbal pre y post quirúrgicas, además se plasmaron de manera escrita en el plegable entregado a cada uno de los usuarios.

3. ÁREAS PROBLEMÁTICAS

- Dentro de los inconvenientes presentados se evidencio falta de interés de algunos usuarios en el cumplimiento de la preparación solicitada para el procedimiento quirúrgico que se practicó en los pacientes.

- Algunos de los pacientes llegaban sin ayuno previo a la cirugía, estos pacientes sin ayuno corren el riesgo de broncoaspirar y ahogarse mientras se encuentran anestesiados.

- Otros animales, aunque sus dueños sospechaban que tenían alguna patología, no lo reportaban durante el examen clínico y la cirugía se hacía más extensa y riesgosa para el paciente.

Dentro de las complicaciones que se presentaron en el quirófano, tenemos:

- Aproximadamente el 10% de las hembras intervenidas durante la jornada de esterilización presentaban condiciones que complicaron significativamente los procedimientos quirúrgicos. Se detectan casos de piometra, una grave infección uterina que pone en riesgo la vida del animal y requiere una intervención inmediata. Otras hembras llegaron en estado de salud deteriorado, con desnutrición o enfermedades preexistentes que incrementaban los riesgos durante y después de la cirugía. Estas situaciones evidencian la importancia de promover estas jornadas como una medida preventiva no solo para controlar la sobrepoblación, sino también para mejorar la calidad de vida de las mascotas y garantizar su bienestar.

- El 3% de las hembras llegaron en estado de gestación y de salud deteriorado, sus propietarios no reportan su estado antes de iniciar el procedimiento. Al informarles indican no tener conocimiento.

- Fallece paciente con la siguiente observación: "La paciente fue ingresada para someterse a un procedimiento quirúrgico de esterilización. Durante la cirugía, la paciente presentó dos eventos de paro cardiorespiratorio súbito. Se iniciaron medidas de reanimación avanzadas, incluyendo masaje cardíaco, ventilación mecánica y administración de medicamentos, entre los cuales se manejó doxapram a dosis de 0,1ml viabilizado con 0.4ml de agua destilada, el paciente se estabiliza temporalmente con una frecuencia respiratoria de 6rpm, con un tono cardiaco bastante débil para lo cual se medica con atropina a dosis de 0,1ml, epinefrina 0.1ml y atropina 0,1ml viabilizado con 0.4ml de agua destilada, posteriormente se conecta el paciente con líquidos, se entuba y se trata con oxigeno medicinal, pasadas la horas la paciente no responde, disminuye su tono muscular así como su frecuencia respiratoria y lamentablemente no se logró restablecer la función cardíaca ni respiratoria."

4. DISPOSICIÓN DE LOS DESECHOS BIOSANITARIOS Y ANATOMOPATOLOGICOS

Una vez terminada cada jornada de esterilización los desechos se empacan en doble bolsa roja y se disponen con la empresa DESCONT quien es la encargada de la disposición final de estos residuos de acuerdo a la normatividad vigente.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Desde una perspectiva de salud pública, las jornadas de esterilización, ayudan a controlar la sobrepoblación de animales domésticos, especialmente en áreas urbanas y rurales, donde el abandono y la reproducción descontrolada son problemas frecuentes. La importancia de estas jornadas, radica en reducir la cantidad de animales sin hogar y la presión sobre los recursos disponibles para su cuidado en los refugios y organizaciones de rescate, permitiendo una gestión más eficaz de los recursos disponibles para el cuidado y la adopción de animales.

Estudios y datos de diversas organizaciones veterinarias indican que la tasa de mortalidad asociada a estas jornadas es inferior al 1%. Según un estudio publicado en la revista *Veterinary Surgery*, la mortalidad perioperatoria en gatos y perros es aproximadamente del 0.1% y 0.05% respectivamente, cuando se siguen protocolos anestésicos y quirúrgicos adecuados (Howe, 2015). Por lo tanto, se concluye que el porcentaje de mortalidad presentado en el desarrollo de la jornada, se encuentra bajo los rangos normales, con una tasa de mortalidad cerca del 1%.

Las complicaciones que pueden surgir durante o después de la cirugía son mínimas y suelen estar relacionadas con factores como la condición preexistente del animal, la higiene del entorno y la preparación de la mascota para el procedimiento. Las principales complicaciones incluyen infecciones, reacciones adversas a la anestesia y hemorragias, las cuales, aunque poco comunes, fueron manejadas eficazmente con atención veterinaria adecuada.

A largo plazo, la inversión en jornadas de esterilización se puede ver reflejada en la economía del gobierno local y las organizaciones de bienestar animal, al reducir los costos asociados con el manejo de animales callejeros y el tratamiento de enfermedades. Se recomienda seguir adelantando jornadas de esterilización y bienestar animal dentro del Municipio en el área urbana y rural.

Teniendo en cuenta el compromiso de la comunidad con la jornada de esterilización realizada, y en el marco del contrato que contemplaba la realización de 115 cirugías, la empresa Medivet hizo una donación adicional de 6 procedimientos quirúrgicos al municipio, con el objetivo de contribuir a la atención de las necesidades de la población de bajos recursos.

Es de resaltar y felicitar el compromiso de la Administración Municipal con las mascotas de la comunidad, para próximas jornadas de esterilización se sugiere que el collar isabelino y los exámenes pre quirúrgicos sean incluido dentro del presupuesto, ya que ayuda a evitar complicaciones quirúrgicas.

6. BIBLIOGRAFÍA

Revista Electrónica de Veterinaria REDVET. (2006). *Vol. VII, Nº 06, Junio/2006*. Recuperado de http://www.veterinaria.org/revistas/redvet

Kutzler, M. A., & Wood, A. (2006). Non-surgical methods of contraception and sterilization. Theriogenology, 66(3), 514-525. https://doi.org/10.1016/j.theriogenology.2006.04.014

Reichler, I. M. (2009). Gonadectomy in Cats and Dogs: A Review of Risks and Benefits. Reproduction in Domestic Animals, 44(2), 29-35. https://doi.org/10.1111/j.1439-0531.2009.01437.x

Kustritz, M. V. R. (2012). Determining the optimal age for gonadectomy of dogs and cats. Journal of the American Veterinary Medical Association, 231(11), 1665-1675. https://doi.org/10.2460/javma.231.11.1665

Howe, L. M. (2015). Surgical methods of contraception and sterilization. Journal of Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice, 45(4), 709-722. https://doi.org/10.1016/j.cvsm.2015.03.007

7 ANEXOS

7.1 LISTADO DE BENEFICIARIOS DEL PROYECTO DE ESTERILIZACIÓN EN CANINOS Y FELINOS EN EL MUNICIPIO DE SAN MATEO - BOYACÁ

NÚMERO DE FOLIOS 7

7.2 AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES.

NÚMERO DE FOLIOS 121

7.3 FOLLETO CON RECOMENDACIONES POSTQUIRÚRGICAS, INFORMACIÓN PARA LA TENENCIA RESPONSABLE DE LA MASCOTA, MANEJO SANITARIO Y FORMULA MEDICA

NÚMERO DE FOLIOS 1

7.4 REGISTRO FOTOGRÁFICO

NUMERO DE FOLIOS 27

MEDIVET
CONSULTORIO VETERINARIO
Nit: 7.167.845-5 Régimen comun
JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ
MEDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA

REGISTRO FOTOGRAFICO INSUMOS DE MINIMA CUANTIA N° SM-MC-018-2025 "PRESTACIÓN DE SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA CON EL FIN DE CONTRUBIR CON LA SALUD PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE SAN MATEO Y BRINDAR BINESTAR ANIMAL, ESPECIALMENTE A LOS ANIMALES QUE SE ENCUENTRAN EN ESTADO DE ABANDONO Y/O SUS PROPIETARIOS SON DE BAJOS RECURSOS"

ITEM	INSUMOS	PRESENTACION
1	KETAMINA 5%	FCOS DE 50 ML




2	XILACINA 10%	FCO DE 50 ML





3	MELOXICAM	FCOS DE 50 ML





MEDIMET
CONSULTORIO VETERINARIO
Nit: 7.187.845-5 Régimen comun
JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ
MÉDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA

4	ATROPINA	FCO 50 ML





5	AGUJA 23*1	CAJA X 100



6	LIDOCAINA	FCO DE 50 ML



7	ALUSPRAY	AEROSOL (100 push)





Carrera 12 N° 5-55 - Cel: 3202244762 - Tunja - E-mail: Sajor6@hotmail.com

MEDIVET
CONSULTORIO VETERINARIO
Nit: 7.167.845-5 Régimen comun
JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ
MEDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA

8	PROPOFOL 1%	FCO DE 20 ML



9	TRAMADOL 100 MG X 2 ML	CAJA X 10



10	ANTIBIOTICO LARGA ACCION	FCO DE 50 ML



11	SUTURA VICRYL ABSORVENTE N° 2 - 0	UNIDADES



MEDIVET
CONSULTORIO VETERINARIO
Nit: 7.187.845-3 Régimen comun
JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ
MÉDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA

12	YELCO # 20	UNIDADES



13	SUTURA NO ABSORVENTE ROLLO	UNIDADES



14	ESPARADRAPO	ROLLO DE 10 YARDAS





15	TAPABOCAS	CAJA X 50



MEDIVET
CONSULTORIO VETERINARIO
Nit: 7.187.845-5 Regimen comun
JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ
MÉDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA

16	AGUA OXIGENADA	GALON 4.000 ml



17	KETOPROFENO	FCO DE 50 ML



18	QUERCETOL (ETAMSILATO)	FCO DE 50 ML





19	GASA ESTERIL	PAQUETE X 50 SOBRES

MEDIVET
CONSULTORIO VETERINARIO
Nit: 7.167.845-5 Régimen comun
JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ
MÉDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA



20	CAJA DE GUANTES látex Ultrasensibles	CAJA X 100 UNIDADES



21	JERINGA 1 ML 3 PIEZAS	CAJA X 100



22	JERINGA 3 ML 3 PIEZAS	CAJA X 100



23	JERINGA DE 5 ML	CAJA X 100

MEDIVET
CONSULTORIO VETERINARIO
Nit: 7.187.845-1 Regimen comun
JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ
MÉDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA



24	VITAMINA K	FCO 10 ML



25	ALCOHOL	FCO X 4.000 ML



26	DESINFECTANTE PARA INSTRUMENTAL	GALON



REGISTRO FOTOGRÁFICO CASCO URBANO DEL MUNICIPIO DE SAN MATEO - BOYACÁ


























































BOGOTA














































































































NY









































TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS

Un Compromiso por Su Bienestar

¡Tener una mascota es más que compartir momentos de diversión! Significa asumir un compromiso para darle una vida plena, feliz y saludable. Aquí te contamos cómo hacerlo:

1. Alimentación y Agua Siempre Disponibles

✅ Proporciónale una dieta adecuada según su especie, edad y tamaño.

✅ Asegúrate de que siempre tenga agua limpia y fresca.

2. Salud y Cuidado Médico

💉 Vacúnala y desparasítala según las recomendaciones del veterinario.

Esteriliza a tu mascota para prevenir enfermedades y evitar camadas no deseadas.

Lleva a tu mascota al veterinario al menos una vez al año para chequeos.

3. Espacio Seguro y Amoroso

🏠 Dale un lugar limpio, seguro y cómodo para descansar.

❤️ Dedica tiempo a jugar y brindarle afecto.

4. Educación y Convivencia

🚫 Enséñale normas básicas para que conviva en armonía con la familia y la comunidad.

🦮 Saca a pasear a tu perro con correa y recoge siempre sus desechos.

5. Prevención del Abandono

❌ No adoptes por impulso. Una mascota es un miembro de la familia que necesita tu cuidado durante toda su vida.

🪪 Ponle una placa con su nombre y tus datos de contacto para facilitar su retorno en caso de pérdida.



Fórmula Médica

Canino **Felino**

CEFALEXINA o AMOXICILINA
SUSP 250 MG/5ML_____ TAB 500 MG_____

Suministrar vía oral _____ cada 12 horas (6 a.m y 6 p.m) durante 5 días.

MELOXICAM
TAB 7.5 MG_____ TAB 14 MG_____

Suministrar vía oral _____ cada 24 horas (7 a.m) durante 3 días.

CLORHEXIDINA SPRAY o ISODINE

Se debe hacer limpieza a la herida, con una gasa cada 8 horas (6 a.m, 2 p.m, 6 p.m) por 8 días (si no cuenta con estos implementos, como ultimo recurso, utilice agua y jabón)
Recuerde tener las manos limpias para realizar la curación.

COLLAR ISABELINO

Es de uso OBLIGATORIO y PERMANENTE, durante 12 días, para evitar que la mascota se retire los puntos.

LOS MEDICAMENTOS SE DEBEN INICIAR EL DÍA SIGUIENTE DE LA CIRUGÍA



MEDIVET

UNIDAD QUIRÚRGICA MÓVIL

Protectores de animales





Contacto

JORGE AUGUSTO PINILLA
MÉDICO VETERINARIO
ZOOTECNISTA
3202244762

CUIDADOS POSTQUIRÚRGICOS

¡Tu mascota acaba de ser esterilizada! Ahora es momento de cuidarla para que se recupere de forma rápida y segura. Sigue estos pasos:



1. Descanso y Recuperación

🛏️ Espacio tranquilo: Proporciónale un lugar cómodo, limpio y libre de ruidos donde pueda descansar.
⏳ Evita el ejercicio: Mantén a tu mascota tranquila durante al menos 7-10 días.

Toallas, mantas y colonia



2. Vigilancia de la Herida

👀 Revisa la herida diariamente: Asegúrate de que no haya enrojecimiento, hinchazón, sangrado ni secreciones.
🚫 Evita que se lama: Usa un collar isabelino o un traje postquirúrgico para proteger la zona.

Vendas, algodón desinfectante...

3. Alimentación y Agua

🥣 Reintroduce la comida poco a poco: Después de la cirugía, puede tener poco apetito. Ofrécele comida en pequeñas cantidades y agua fresca.
No le des alimentos extraños: Mantén su dieta habitual para evitar malestares estomacales.



4. Medicamentos

💊 Sigue las indicaciones del veterinario: Administra los analgésicos o antibióticos según las instrucciones.
❌ No automediques: Solo utiliza lo recetado por el profesional.

5. Control Veterinario

📅 Sigue las citas programadas: Es importante que el veterinario revise cómo está sanando la herida.





TEN PRESENTE !

En algunos casos, muy puntuales, después de 8 días de realizada la cirugía, pueden presentarse síntomas de enfermedad. Ten presente que esto NO ES CONSECUENCIA DE LA CIRUGÍA; si tu mascota tiene bajas sus defensas y no está al día con el esquema de vacunación puede ser colonizado por virus y/o bacterias que estén presentes en el ambiente en donde hay aglomeración de animales.

Por lo tanto, cabe resaltar que NO es responsabilidad de MEDIVET, que tu mascota adquiera virus y/o enfermedades de esta índole. Esta información también la encuentras en el consentimiento informado que firmas antes de ingresar la mascota a cirugía.

La esterilización mejora la calidad de vida de tu mascota y previene enfermedades. Con tus cuidados, pronto estará de vuelta a su rutina, ¡más feliz y saludable!



MEDIVET

NIt: 7.187.845-5 Régimen común
JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ

PLANILLA RECEPCIÓN DE PACIENTES – REGISTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTREGA DE FOLLETO CON CUIDADOS POSQUIRURGICOS Y FORMULA MEDICA

MUNICIPIO San Mateo

DATOS DEL PROPIETARIO

FECHA 11/06

NOMBRE DEL PROPIETARIO	CEDULA	CELULAR	VEREDA	NOMBRE MASCOTA	C	F	M	H	FIRMA	OBSERVACION	CAPACITACIÓN	FOLLETO FORMULA
Andrea Ochoa	1033728865	314.737.0800	la palma	Apache	x			x	Andrea Ochoa		x	x
Derly Duarte	1054.227.227	3208370814	Centro	Canela	x			x	DerlyDuarte		x	x
Derly Duarte	1054.227.227	3208370814	Centro	Kira	x			x	DerlyDuarte		x	x
Elvira Duarte	24.031.437	321.3750387	Caliche	Mely	x			x	ElviraDuarte		x	x
Martha Niño	24.031.286	312.316.0828	Guayabal	Mureca		x		x	martha niño		x	x
Victor Manrique	1054.226.668	312.3160828	Guayabal	Muñeca	x			x	victor man		x	x
Miriam Tegua	1002300962	321.4357418	Guayabal	Canela	x			x	Miriam T		x	x
Gloria hurtado	33800320	322.5045853	Atico	Lulú	x			x	gloria HurTado		x	x
Gloria hurtado	33.800.320	3225045853	Atico	Violeta	x			x	Gloria Hurtado		x	x
Aura Eslava	1054227213	321.934.0828	Fuente Vieja	Sasha	x			x	Aura Eslava		x	x
Yenny Vargas	1054226553	314.288.929	Atico	Mia	x			x	Yenny Vargas		x	x
Yenny Vargas	1054226553	314.2887229	Atico	Luna	x			x	Yenny Vargas		x	x
Yenny Vargas	1054226553	314.2887229	Atico	Pitus	x			x	Yenny Vargas		x	x
Jairo Rojas	4238871	312.3272314	Centro	Lupita	x			x	Jairo Rojas		x	x
Maria Merchan	24029.365	312.372.4289	la palma	Chiripa	x			x			x	x
Margarita Romero	40.388.688	311.264.6242	Guayabal	Luna		x		x			x	x
Margarita Romero	40.388.688	311.264.6242	Guayabal	Manchis		x		x			x	x
Margarita Romero	40.388.688	311.264.6242	Guayabal	Cuqui	x			x			x	x
Margarita Romero	40.388.688	311.264.6242	Guayabal	Chili	x			x			x	x
Margarita Romero	40.388.688	311.264.6242	Guayabal	Asia	x			x			x	x

Nota 1. El paciente es entregado estable, pero con los riesgos postquirúrgicos explicados, por tanto, el propietario se compromete a realizar los cuidados postquirúrgicos suministrados en el folleto que se da en la salida del paciente y demás recomendaciones dadas por el Médico Veterinario

091

MEDIVET

Nit: 7.187.845-5 Régimen comun
JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ

PLANILLA RECEPCIÓN DE PACIENTES – REGISTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTREGA DE FOLLETO CON CUIDADOS POSQUIRURGICOS Y FORMULA MEDICA

MUNICIPIO San Mateo

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE DEL PROPIETARIO	CEDULA	CELULAR	VEREDA	NOMBRE MASCOTA	C	F	M	H	FIRMA	FECHA 11/06 OBSERVACION	CAPACITACIÓN	FOLLETO FORMULA
Carmen Rodriguez	289.48.498	311.2953345	Centro	Muñeca		x		x			x	x
Luis Tarazona	4'238.121	322.8876521	Centro	Muñeca		x		x			x	x
Mercedes Rodrigue	1056974169	3183540154	Centro	Naru		x		x			x	x
Laura Velez	1094934582	3137127115	Centro	Escarcha	x			x			x	x
Edison Muriño	1090409285	312.5930643	Atico	Lolita	x			x			x	x
Maria Carreño	24.030.341	322.598.5317	Centro	Muñeca		x		x			x	x
Andreina Lizarazo	1054226421	319.2453234	Centro	Dasha	x			x			x	x
Laura Medina	100.1050.166	3228158295	Centro	Winnie	x			x			x	x
Laura Medina	100.1050166	3228158295	Centro	Bonny	x			x			x	x
Raquel palencia	24'030.539	310.8501229	Centro	Mariposa	x			x			x	x
Oswaldo Barrera.	74'423'245	311.563.0630	Guayabal	Chihuahua	x			x			x	x
Oswaldo Barrera	74'423'245	311.563.0630	Guayabal	Keisy	x			x			x	x
Luz Burgos	24'031'811	3114998884	Floresta	Coqueta	x			x			x	x
Augustin Mojica	4'237.999	310.8124100	Centro	Nena	x			x			x	x
Maria Marquez	1054227163	3108863220	Centro	Mona		x		x			x	x
Ricardo Lizarazo	1054226523	3142245830	Guayabal	Bonnis	x			x			x	x
Ricardo Lizarazo	1054226523	3142245830	Guayabal	Luna	x			x			x	x
Ricardo Lizarazo	1054226523	3142245830	Guayabal	Nikita	x			x			x	x
Ricardo Lizarazo	1054226523	3142245830	Guayabal	Conny		x		x			x	x
Francisco Vargas	37253592	3124008363	Centro	Milo		x		x			x	x

Nota 1. El paciente es entregado estable, pero con los riesgos postquirúrgicos explicados, por tanto, el propietario se compromete a realizar los cuidados postquirúrgicos suministrados en el folleto que se da en la salida del paciente y demás recomendaciones dadas por el Médico Veterinario

MEDIVET

NIt: 7.187.845-5 Regimen comun
JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ

PLANILLA RECEPCIÓN DE PACIENTES – REGISTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTREGA DE FOLLETO CON CUIDADOS POSQUIRURGICOS Y FORMULA MEDICA

MUNICIPIO	San Mateo									FECHA	CAPACI-TACIÓN	FOLLETO FORMULA
DATOS DEL PROPIETARIO										11/06		
NOMBRE DEL PROPIETARIO	CEDULA	CELULAR	VEREDA	NOMBRE MASCOTA	C	F	M	H	FIRMA	OBSERVACION		
Marien Palencia	24'031.040	3188597327	la Floresta	Pantera		x		x	Marien Palencia		x	x
Doris Medina	1054226373	3225962873	San Rafael.	Tony		x	x		Doris M		x	x
Doris Medina	1054226373	3225962873	San Rafael.	Manchas	x		x		Doris M.		x	x
Omaira Arias	1054227026	313.401.8801	Los patios	Luna	x			x	omaira A.		x	x
Karen Hernandez	1054227055	3228876521	Centro	Niña		x		x			x	x
Luz Sanabria	39.736.952	3228660277	Centro.	Niña	x			x			x	x
Luis Rodriguez	191311123	317.701.3238	Centro	Sasha	x			x			x	x
Karen Gallo	1002555643	312.5327575	Centro	Luna	x			x	Karen Ga.		x	x
Maria Diaz	24030992	311.5434462	Centro	Canela		x		x			x	x
Brayan ramirez	1054.227.138	3208328919	Centro.	Sanya	x			x		Ratón mono	x	x
Humberto Merchan	1005299948	322.2617710	Concordia	Luna		x		x			x	x
Humberto Merchan	1005299948	322.261.7710	Concordia	Negra		x		x			x	x
Teresa Duarte	28.228.790	3124104621	Brisas	Maya	x			x	Teresa		x	x
Gloria Ballesteros	24.031.520	3114541731	Centro	Canela	x			x			x	x
pedro Maldonado	1054227015	3204482334	Centro.	Sajay		x		x			x	x
Edilberto Maldonado	4'238'260	3204482334	Centro	Kira	x			x	Pedro Maldonado		x	x
Edilberto Maldonado	4'238.260	3204482354	Centro.	Katty	x			x	Pedro Mald		x	x
Maria Sepulveda	24.030.183	312.376.8681	Centro	Kira.	x			x			x	x
Jose Aponte	4242735	312.451.4334	Guayabal	Chispas	x			x			x	x
Jose Aponte	4242735	312.451.4334	Guayabal	Chigus	x			x			x	x

Nota 1. El paciente es entregado estable, pero con los riesgos postquirúrgicos explicados, por tanto, el propietario se compromete a realizar los cuidados postquirúrgicos suministrados en el folleto que se da en la salida del paciente y demás recomendaciones dadas por el Médico Veterinario

MEDIVET

Nit: 7.187.845-5 Régimen comun
JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ

PLANILLA RECEPCIÓN DE PACIENTES – REGISTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTREGA DE FOLLETO CON CUIDADOS POSQUIRURGICOS Y FORMULA MEDICA

MUNICIPIO San Mateo

DATOS DEL PROPIETARIO

FECHA 1/06

NOMBRE DEL PROPIETARIO	CEDULA	CELULAR	VEREDA	NOMBRE MASCOTA	C	F	M	H	FIRMA	OBSERVACION	CAPACITACIÓN	FOLLETO FORMULA
Jose Aponte	4242735	3124514534	Ecopetrol	Lia.		x		x			x	x
Ramiro Mora	1037'288	312.4941807	Centro	Peluza		x		x			x	x
Monica Aragon	1'090'399641	322.4653761	Atico	Lazy	x			x			x	x
Oscar Medina	74423485	323.3279837	Centro	Sponky	x			x	OscarEM		x	x
Oscar Medina	74.423.485	323 321.9837	Centro.	Mariposa	x			x	OscarEM		x	x
Edwin Sepulveda.	9015461094	311.5875453	Centro	Masha		x		x	Edwin S		x	x
Raul Duarte	4'237'738	312.309.1877	Centro	Nena		x		x			x	x
Blanca Fuentes	1094186090	3125323121	Hortavieja	Sasha	x			x	Blanca Fuentes		x	x
Blanca Fuentes	1094186090	3125323121	Hortavieja	Katty	x			x	Blanca Fuentes		x	x
Isabel Acuña.	24.031.484	3124587352	Centro	Aria	x			x			x	x
Isabel Acuña	24.031.484	3124587352	Centro	Niña.		x		x			x	x
Teresa Figueroa.	1019.091.329	314.370.6473	Centro.	Susy	x			x	Teresa Figue		x	x
Vanesa Carvajal.	1'054.226.086	314.537.0239	Centro	Katty	x			x	Vanesa C.		x	x
Nancy Lizarazo.	24'031'246	313.4838345	Centro	pola		x		x			x	x
Nubia Alborran	24.051.417	316.177.7901	Centro	Muñeca		x		x	Nubia A.		x	x
Yolanda pedron	26334342	311.4605843	Centro.	Muñeca	x			x			x	x
Diana Martinez	1054227001	322.9516146	Centro	peluza		x		x	.		x	x
Santos Romero	4'238.917	314.889.7489	Centro	peligrosa	x			x	Santos		x	x
Santos Romero	4'238.917	3148917489	Centro	pinky		x		x	Santos		x	x
Santos Romero	4'238.917	3148917489	Centro	osito	x			x	SANTOS		x	x

Nota 1. El paciente es entregado estable, pero con los riesgos postquirúrgicos explicados, por tanto, el propietario se compromete a realizar los cuidados postquirúrgicos suministrados en el folleto que se da en la salida del paciente y demás recomendaciones dadas por el Médico Veterinario

MEDIVET

Nit: 7.187.845-5 Régimen comun
JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ

PLANILLA RECEPCIÓN DE PACIENTES – REGISTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTREGA DE FOLLETO CON CUIDADOS POSQUIRURGICOS Y FORMULA MEDICA

MUNICIPIO: San Mateo										FECHA: 11/06	CAPACITACIÓN	FOLLETO FORMULA
DATOS DEL PROPIETARIO												
NOMBRE DEL PROPIETARIO	CEDULA	CELULAR	VEREDA	NOMBRE MASCOTA	C	F	M	H	FIRMA	OBSERVACION		
Ramon Tarazona	4'239'956	3202545653	Atico	Kira	x			x			x	x
Jimena Hernandez	1006159913	312.389.1531	Centro	Manchas		x		x	Ximena H.		x	x
Cristina Rojas	1054226172	3182799291	Centro	Toby	x		x		CristinaRoj		x	x
Johana Celis	1054226580	320.2020394	Centro	Lulú	x			x	Neira C		x	x
Rosalba Umaña	24.030.447	3144485303	La Palma.	Missi		x		x	Rosalba Uma		x	x
Milena Correa	1054.226.294	3125320553	Centro	Nala	x			x	Adriana Correa			
Victor Alvarado	4'060'912	311.293.9867	La palma	Candy		x		x	V.G.A			

Nota 1. El paciente es entregado estable, pero con los riesgos postquirúrgicos explicados, por tanto, el propietario se compromete a realizar los cuidados postquirúrgicos suministrados en el folleto que se da en la salida del paciente y demás recomendaciones dadas por el Médico Veterinario

MEDIVET
NH: 7.187.845-3 Régimen comun
JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ

PLANILLA RECEPCIÓN DE PACIENTES – REGISTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTREGA DE FOLLETO CON CUIDADOS POSQUIRURGICOS Y FORMULA MEDICA

MUNICIPIO San Mateo

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE DEL PROPIETARIO	CEDULA	CELULAR	VEREDA	NOMBRE MASCOTA	C	F	M	H	FIRMA	FECHA 12/06 OBSERVACION	CAPACITACIÓN	FOLLETO FORMULA
Victor Alvarado	4'060'912	311.293.9567	La palma	Lichi		X		X	Victor		X	X
Ana Oliveros	24'031'659	320.2084957	Centro	Molly		X		X	Ana Oliveros		X	X
Carmen Jimenez	20'646'246	320.9354634	San Jose	Manchas		X		X	Carmen J		X	X
Laura Velez	1094934582	313.792.1715	Centro	Blanca	X			X	laura Velez		X	X
Matilde Rodriguez	24'030'518	320.3769372	Guayabal	Shakira	X			X	Matilde R		X	X
Matilde Rodriguez	24'030'518	320.3769372	Guayabal	Luna	X			X	Matilde R		X	X
Ramon Tuyacha	4'237'956	320.754.5653	Alto bayna	Maca		X		X			X	X
Mercedes Acuña	24'030'205	311.551.4297	Centro	Parda.		X		X	Mercedes Acuña		X	X
Alba Dávila	1054.226.392	316.709.6982	Peñuela	Paloma	X		X		Alba D		X	X
Danilo Estupiñan	1054.226.639	323.4705043	Centro	Ronny		X		X			X	X
Danilo Estupiñan	1054226637	323.470.5043	Centro	Mercury		X	X				X	X
Mireya Gallo	24.031.164	3123513198	Centro	Pancho		X	X		Mirexa		X	X
Mireya Gallo	24.031.164	312.351.3138	Centro	Michica		X		X	Mireya		X	X
Johana Estupiñan	1054.226.219	313.357.1079	Centro	Pacha		X		X			X	X
Danilo Estupiñan	1054226639	323.4705043	Centro	Ares	X		X				X	X
Danilo Estupiñan	1054226639	323.4705043	Centro	Elsa		X		X			X	X
Luis Medina	12103269	321.355.2957	Centro	Chiqui	X			X			X	X
Luis Medina	1'210'3269	321.355.2957	Centro	Katty	X			X	Luis Med.		X	X
Brayan Tamara	1'054.227.138	320.852.8919	Centro	Huesos	X			X	Brayan Tamara		X	X
Brayan Tamara	1'054.227.138	320.852.8919	Centro	Pachecha		X		X	Brayan Tamara		X	X

Nota 1. El paciente es entregado estable, pero con los riesgos postquirúrgicos explicados, por tanto, el propietario se compromete a realizar los cuidados postquirúrgicos suministrados en el folleto que se da en la salida del paciente y demás recomendaciones dadas por el Médico Veterinario

MEDIVET

NIt: 7.187.845-5 Régimen comun
JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ

PLANILLA RECEPCIÓN DE PACIENTES – REGISTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTREGA DE FOLLETO CON CUIDADOS POSQUIRURGICOS Y FORMULA MEDICA

MUNICIPIO: San Mateo										FECHA: 12/06	CAPACITACIÓN	FOLLETO FORMULA
DATOS DEL PROPIETARIO												
NOMBRE DEL PROPIETARIO	CEDULA	CELULAR	VEREDA	NOMBRE MASCOTA	C	F	M	H	FIRMA	OBSERVACION		
Maria Triana	28'228.861	310.6253457	Centro	Luna	x			x			x	x
Alexandra Velandia	1023098695	3209110506	Centro	Luna		x		x			x	x
Johana Estupiñan	1054226219	313.357.1079	Centro	Gata 1		x		x			x	x
Johana Estupiñan	1054226219	313.357.1079	Centro	Michiz		x		x			x	x
Martha Niño	24'031'286	313.3160318	Centro	Pinticos	x			x			x	x
Jorge tarazona.	80.121.453	311.584.3192	Centro	Anina.	x			x			x	x
Weimar Medina	1054226143	316 534 5720	Centro	HADES	x		x				x	x
Isabel Acuña	24.031.484	312 498 7352	Centro	Aria.	x			x			x	x
Zoila Medina	24.030.561	320.223.3161	Centro	Nala		x		x			x	x
Zoila Medina	24.030.561	320.223.3161	Centro	Michi		x		x			x	x
Alba Davila	1054226392	3167076982	Peñuela	Mono		x	x				x	x
Alba Davila	1054226392	3167076982	Peñuela	Mickie		x	x				x	x
Luis Bonilla	1'135'641	NO TIENE	Guayabal	Toby	x		x				x	x
Raquel Palencia	24.030.537	3108501229	Centro	Mariposa	x			x			x	x

Nota 1. El paciente es entregado estable, pero con los riesgos postquirúrgicos explicados, por tanto, el propietario se compromete a realizar los cuidados postquirúrgicos suministrados en el folleto que se da en la salida del paciente y demás recomendaciones dadas por el Médico Veterinario

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Andrea Ochoa con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Apache y edad 14 meses autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, asi como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Andrea Ochoa H.
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1033728765.

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90lpm FR RESPIRATORIA: 16rpm

TEMPERATURA: 38.5°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Derly Duarte con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Canela y edad 2 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Derly Duarte
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054227227

Dr. Jorge Pinilla
Medico Veterinario Zootecnista
T.P. 2316O UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110 lpm FR RESPIRATORIA: 20 rpm

TEMPERATURA: 38.0°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

169
R1J

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Derly Duarte. con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Tessa y edad 10 AÑO, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafilàctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugia de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugia practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leido y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Derly Duarte
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054227227

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90lpm FR RESPIRATORIA: 18xpm

TEMPERATURA: 38.5°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Elvira Duarte con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Mely y edad 6 meses autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarios.
11. Entiendo que posterior a la cirugia de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugia practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Firma persona responsable del paciente
C.c. 24031437

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 120lpm FR RESPIRATORIA: 16rpm

TEMPERATURA: 37.5°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Martha Niño con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Moñeca y edad 1año, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 26).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarios.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Martha Niño
Firma persona responsable del paciente
C.c. 24·031286

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90 lpm FR RESPIRATORIA: 10 rpm

TEMPERATURA: 38.6 °C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Victor Manrique con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Muñeca. y edad 1año, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [ ] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Victor manrique
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054226668

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 98lpm FR RESPIRATORIA: 22rpm

TEMPERATURA: 37.5°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Miriam Tequia con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Canela y edad 1 año, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Firma y/o Sello del médico veterinario

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1007300952

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110lpm FR RESPIRATORIA: 22rpm

TEMPERATURA: 38.5°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

124
DN

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
NIt. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Gloria Hurtado con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Lulú y edad 4 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugia de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leido y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Gloria Hurtado
Firma persona responsable del paciente
C.c. 37800320

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 88lpm FR RESPIRATORIA: 18rpm

TEMPERATURA: 39.5°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

125
EM

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo Gloria Hurtado con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Violeta y edad 4años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Gloria Hurtado
Firma persona responsable del paciente
C.c. 33800720

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100lpm FR RESPIRATORIA: 28rpm

TEMPERATURA: 38.0°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Aura Eslava con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Sasha y edad 3 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Aura Eslava
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054277213.

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 140 lpm FR RESPIRATORIA: 28 rpm

TEMPERATURA: 39.5°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

La paciente presentó piometra de cuello cerrado, se recomienda uso de collar obligatorio.

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

127
RIV

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Yenny Vargas con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Nia y edad 3años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -cientificos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Yenny Vargas
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054266553

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRURGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 80 lpm FR RESPIRATORIA: 12 rpm

TEMPERATURA: 38.5°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Yenny Vargas con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Lucy y edad 2 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23181 UPTC

Yenny Vargas
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054226553

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100lpm FR RESPIRATORIA: 20xpm

TEMPERATURA: 37.5°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Yenny Vargas con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de pitos y edad 2años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Yenny Vargas
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054226553

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90lpm FR RESPIRATORIA: 18rpm

TEMPERATURA: 38.5°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

180
RJ

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 06 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Jairo Rojas, con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Lupita y edad 6meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Jairo Rojas

Firma persona responsable del paciente
C.c. 4238971

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100 lpm FR RESPIRATORIA: 20 rpm

TEMPERATURA: 37.8°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

182
RU

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO	FELINO	OTRO
X		

FECHA		
11	06	25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Maria Merchan con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Chimpa y edad 4años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1136029-

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90lpm FR RESPIRATORIA: 28rpm

TEMPERATURA: 39.0°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

183
EM

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Margarita Romero con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Luna y edad 2 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000. Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Margarita Romero
Firma persona responsable del paciente
C.c. 46388688

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110 lpm FR RESPIRATORIA: 20 rpm

TEMPERATURA: 38.5°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

184
RJ

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Margarita Romero con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Marchis y edad 2años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Margarita Romero
Firma persona responsable del paciente
C.c. 40388688

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 120 lpm FR RESPIRATORIA: 18 xpm

TEMPERATURA: 38.8°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

La paciente se encontraba preñada

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

185
RV

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Margarita Romero con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Coqui y edad 10años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Margarita Romero
Firma persona responsable del paciente
C.c. 40388688

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100 lpm FR RESPIRATORIA: 18 rpm

TEMPERATURA: 37.7°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Margarita Romero con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Chili y edad 7 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Margarita Romero
Firma persona responsable del paciente
C.c. 40388608

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 88lpm FR RESPIRATORIA: 16rpm

TEMPERATURA: 37.8°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Margarita Romero con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Asia y edad 1año, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Margarita Romero
Firma persona responsable del paciente
C.c. 47388688

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 86lpm FR RESPIRATORIA: 22rpm

TEMPERATURA: 38.0°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

La paciente presentó piometra de cuello cerrado

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

138
EJV

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Carmen Rodriguez con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Muñeco y edad 3 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Carmen Rodriguez
Firma persona responsable del paciente
C.c. 28948498

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90lpm FR RESPIRATORIA: 16rpm

TEMPERATURA: 37.5°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Luis Tarazona con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Muñeca y edad 6años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054227055

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 92 lpm FR RESPIRATORIA: 20 rpm

TEMPERATURA: 38.0°C TLLC: 1 seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Mercedes Rodriguez con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Nesu y edad 7 meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Mercedes Rodriguez
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1056994169

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90lpm FR RESPIRATORIA: 18rpm

TEMPERATURA: 39.5°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugia

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

191

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Laura Velez. con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Escarcha y edad 5 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugia de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Laura Vélez 1094934582
Firma persona responsable del paciente
C.c.

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90lpm FR RESPIRATORIA: 16rpm

TEMPERATURA: 37.5°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Edison Mariño con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Kalea y edad 3años autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarios.
11. Entiendo que posterior a la cirugia de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugia practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Edison Mariño G
Firma persona responsable del paciente
C.c. 7090109285

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90lpm FR RESPIRATORIA: 18rpm

TEMPERATURA: 39.0°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, María Carreño con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Muñeca y edad 2 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafilàctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión



Firma persona responsable del paciente
C.c. 24.030.341

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 98lpm FR RESPIRATORIA: 12rpm

TEMPERATURA: 39.0°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugia

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Andreina Lizarazo con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Dasha y edad 2años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054226421

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90lpm FR RESPIRATORIA: 16rpm

TEMPERATURA: 38.5°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Laura Medina con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Winnie y edad 6meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Piniffa
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Laura Melina
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1001050166

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100 lpm FR RESPIRATORIA: 22 rpm

TEMPERATURA: 39.5 °C TLLC: 1 seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

196

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Laura Medina con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Bonny y edad 5años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarios.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Laura medina
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1007050766

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110lpm FR RESPIRATORIA: 32rpm

TEMPERATURA: 38.9°C TLLC: 1 seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

197
12V

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Raquel Palencia con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Mariposa y edad 2meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23)
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Firma persona responsable del paciente
C.c. 24.030537

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 80lpm FR RESPIRATORIA: 20rpm

TEMPERATURA: 38.5°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

La paciente presentó piometra de cuello cerrado.

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 17 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Oswaldo Barrera con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de chihuahua y edad 2 años autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Sandra patricia valderrama
Firma persona responsable del paciente
C.c. 24-037 800

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110 lpm FR RESPIRATORIA: 20 rpm

TEMPERATURA: 39.5°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

199
EIV

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Oswaldo Barrera. con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Kelsy y edad 2 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Sandra valderrama M
Firma persona responsable del paciente
C.c. 24 031 900

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100 lpm FR RESPIRATORIA: 24 rpm

TEMPERATURA: 38.8°c TLLC: 1 seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

***Nota:** los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía*

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Luz Burgos con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Coqueta y edad 1año, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Luz Esperanza Burgos
Firma persona responsable del paciente
C.C. 24·031·811.

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 98lpm FR RESPIRATORIA: 12rpm

TEMPERATURA: 38.5°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

201
RIV

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Augustin Mojica con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Nena y edad 3años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 4237999

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110lpm FR RESPIRATORIA: 18rpm

TEMPERATURA: 39.0°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, María Marquez con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Mona y edad 1 meses autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

María Márquez
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054222163

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 98lpm FR RESPIRATORIA: 16rpm

TEMPERATURA: 38.0°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilizaciòn SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 24

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Ricardo Lizarazo con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Bonnis y edad 1año, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugia de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 CPVC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054226523

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100 lpm FR RESPIRATORIA: 22 rpm

TEMPERATURA: 39.8°C TLLC: 2 seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

204
RV

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Ricardo Lazarazo, con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Luna y edad 6meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054226523

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90 lpm FR RESPIRATORIA: 24 rpm

TEMPERATURA: 37.5°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

205
K14

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Ricardo Lizarazo con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Nikita y edad 6 meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054926529

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100 lpm FR RESPIRATORIA: 28 rpm

TEMPERATURA: 38.5°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Ricardo Lizarazo con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Conny y edad 3 meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054206523

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 140lpm FR RESPIRATORIA: 18rpm

TEMPERATURA: 39.5°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugia

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

207
RJV

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Francisca Vargas con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Milo y edad 4años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Francisco Vargas
Firma persona responsable del paciente
C.c. 32 293 599

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100lpm FR RESPIRATORIA: 18rpm

TEMPERATURA: 39.6°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

208
R1V

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Marien Palencia con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de pantera y edad 9meses autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Marien Palencia 24031040
Firma persona responsable del paciente
C.c.

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110lpm FR RESPIRATORIA: 28rpm

TEMPERATURA: 39.0°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Doris Medina con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Tony y edad 2 años autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☐ Orquiectomia ☒
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos tècnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarios.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Doris medina
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054226373

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90lpm FR RESPIRATORIA: 24rpm

TEMPERATURA: 38.5°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Doris Medina con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Mascotas y edad 2 años autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [ ] Orquiectomia [X]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -cientificos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Doris Medina
Firma persona responsable del paciente
C.C. 1054226373

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 92lpm FR RESPIRATORIA: 28rpm

TEMPERATURA: 39.0°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

211
BIJ

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Omaira Arias con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Luna y edad 5meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Omaira Arias
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054 227026

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100lpm FR RESPIRATORIA: 12rpm

TEMPERATURA: 39.5°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugia

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Karen hernandez con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de niña y edad 1año autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054222455

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRURGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110lpm FR RESPIRATORIA: 28xpm

TEMPERATURA: 37.8°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugia

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Luz Sanabria con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de niña y edad 2años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Luz M S
Firma persona responsable del paciente
C.c. 39736952

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 120lpm FR RESPIRATORIA: 24rpm

TEMPERATURA: 39.0°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

Al momento de ingresar en el abdomen se evidencia pus debido a que presentó piometra, por ende una posible peritonitis, se recomienda uso de collar isabelino obligatorio y metronidazol

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugia

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Luis Rodriguez con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Sasha y edad 10meses autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [ ] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1931123.

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90lpm FR RESPIRATORIA: 16rpm

TEMPERATURA: 37.8°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugia

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Karen Gallo con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Luna y edad 3 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Karen Gallo.
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1002555693

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 98lpm FR RESPIRATORIA: 24rpm

TEMPERATURA: 39.0°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Maria Diaz con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de canela y edad 3meses autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarios.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c/ 24030992

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110lpm FR RESPIRATORIA: 28rpm

TEMPERATURA: 39.5°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 06 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Brayan Tamara con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Canya. y edad 2años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leido y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054227138

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 98lpm FR RESPIRATORIA: 12rpm

TEMPERATURA: 38.0°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

219
21

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Humberto Merchan con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de luna y edad 1año, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [ ] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1005299948

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 120lpm FR RESPIRATORIA: 20xpm

TEMPERATURA: 37.5°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Humberto Merchan con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Negra y edad 2años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. TI 1005299948

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110lpm FR RESPIRATORIA: 18rpm

TEMPERATURA: 39.0°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugia

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

220
210

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Teresa Duarte con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Maya y edad 9meses autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Teresa
Firma persona responsable del paciente
C.c. 28228790

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 80 lpm FR RESPIRATORIA: 16 rpm

TEMPERATURA: 37.8°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

221
RW

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Gloria Ballesteros con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de cuela y edad 9meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Gloria Ballesteros
Firma persona responsable del paciente
C.c. 24103 1516

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90lpm FR RESPIRATORIA: 24xpm

TEMPERATURA: 37.9°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

222
RH

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Pedro Maldonado con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Salsy y edad 1año, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Pedro Maldonado
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1053227013

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90lpm FR RESPIRATORIA: 20xpm

TEMPERATURA: 39.5°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugia

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

223
RV

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo Edilberto Maldonado con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Kira. y edad 1año, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Pedro Maldonado
Firma persona responsable del paciente
C.c. 4238 260

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 96lpm FR RESPIRATORIA: 20rpm

TEMPERATURA: 38.6°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 23

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Edilberto Maldonado con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Katty y edad 2 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Pedro Maldonado
Firma persona responsable del paciente
C.c. 4256 Qbo

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110lpm FR RESPIRATORIA: 26rpm

TEMPERATURA: 39.5°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugia

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, María Sepulveda con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Kira y edad 3años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -cientificos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugia de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugia practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leido y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Firma y/o Sello del médico veterinario

María Alicia Sepulveda
Firma persona responsable del paciente
C.c. 21030143

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 96lpm FR RESPIRATORIA: 22rpm

TEMPERATURA: 37.7°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

226
RW

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Jose Aponte con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de chispas y edad año., autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c 4242755

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 139 lpm FR RESPIRATORIA: 16 rpm

TEMPERATURA: 38.6°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

227
RIV

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Jose Aponte con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de chiquis y edad 7meses autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarios.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leido y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c 4248?5 F

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100 lpm FR RESPIRATORIA: 18 rpm

TEMPERATURA: 39.5°C TLLC: 1 seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

228
RW

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Jose Aponte con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Lia y edad 12meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.C. 4242735

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110lpm FR RESPIRATORIA: 22rpm

TEMPERATURA: 38.6°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugia

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

229
RN

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Ramiro Mora con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de pelusa. y edad 9meses autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarios.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Ramiro Mora
Firma persona responsable del paciente
C.c. 7.037.288

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 96lpm FR RESPIRATORIA: 18rpm

TEMPERATURA: 39.6°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugia

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Mónka Arague con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Lazy y edad 1año, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -cientificos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarios.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1090390641

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPRC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 120lpm FR RESPIRATORIA: 28rpm

TEMPERATURA: 38.6°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugia

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Oscar Medina con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Spanky y edad 3 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s). Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Oscar Eduardo M V
Firma persona responsable del paciente
C.c. 74325485

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 88lpm FR RESPIRATORIA: 28x pm

TEMPERATURA: 39.0°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Oscar Medina con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Mariposa y edad 6meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Oscar Eduardo M V
Firma persona responsable del paciente
C.c. 74127485

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100lpm FR RESPIRATORIA: 28rpm

TEMPERATURA: 39.5°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugia

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Edwin Sepulveda con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de masha y edad 6meses autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugia de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugia practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leido y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1015461094

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110lpm FR RESPIRATORIA: 20rpm

TEMPERATURA: 37.7°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

23
21

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA 11 | 06 | 25.

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Raul Duarte con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Nena y edad 4años autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Raul Duarte
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1.23[illegible].736

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100 lpm FR RESPIRATORIA: 20 rpm

TEMPERATURA: 39.8°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugia

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

235
RN

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Blanca fuentes con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Sasha y edad 3años autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Blanca Fuentes
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1074186070

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 120 lpm FR RESPIRATORIA: 26 rpm

TEMPERATURA: 38.6°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

La paciente presento piometra de cuello abierto

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

236
210

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Blanca fuentes con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Katty y edad 6meses autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [ ] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Blanca Fuentes
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1057186070

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 120lpm FR RESPIRATORIA: 18rpm

TEMPERATURA: 39.0°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugia

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

237
RIJ

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Isabel Acuña con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Ana y edad _____, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugia de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugia practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Isabel Acuña
Firma persona responsable del paciente
C.c. 24031484

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90lpm FR RESPIRATORIA: 24rpm

TEMPERATURA: 39.0°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

239
KJ

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Isabel Acuña. con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Niña y edad 2años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugia de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugia practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Isabel Acuña Figueroa
Firma persona responsable del paciente
C.c. 24031484

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110 rpm FR RESPIRATORIA: 28 rpm

TEMPERATURA: 39.5°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Teresa Figueroa con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Suzy y edad 4años., autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en al (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarios.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Teresa Figueroa
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1084071329.

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios al tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110 lpm FR RESPIRATORIA: 22 rpm

TEMPERATURA: 38.5 °C TLLC: 2 seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Vanesa Carvajal. con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Katty y edad 7años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -cientificos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugia de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leido y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 25160 UPTC

Judith Vanessa Carvajal
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054226082

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110lpm FR RESPIRATORIA: 20rpm

TEMPERATURA: 38.0°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

La paciente presento piometra de cuello abierto.

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Nancy lizarazo con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de pola y edad 7meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1031246

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 108lpm FR RESPIRATORIA: 26rpm

TEMPERATURA: 39.6°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

242
KIJ

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Nubia Albarran con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Monica y edad 3 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Nubia Albarran
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1049 [illegible]

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, veritajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas; ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 106lpm FR RESPIRATORIA: 28rpm

TEMPERATURA: 38.7°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Yolanda Padron con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Muñeca y edad 2 años autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Yolanda Padron
Firma persona responsable del paciente
C.c. 26334742

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 20180 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 98lpm FR RESPIRATORIA: 18xpm

TEMPERATURA: 38.6°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

244
R1V

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Diana Martinez con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de peluzo y edad 3 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Diana Martinez R.
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054227001.

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 98lpm FR RESPIRATORIA: 12rpm

TEMPERATURA: 37.7°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

243
R1

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Santos Romero con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de _____ y edad_____, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [ ] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarios.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Santos
Firma persona responsable del paciente
C.c. 4238917

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 120lpm FR RESPIRATORIA: 20rpm

TEMPERATURA: 39.6°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Santos Romero con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Pinky y edad 1año, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarios.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

santos
Firma persona responsable del paciente
C.c. 4238917

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 86lpm FR RESPIRATORIA: 16rpm

TEMPERATURA: 39.0°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

247
21

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

1. Yo, Santos Romero, con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Osita y edad 2 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Santos
Firma persona responsable del paciente
C.c. 4238941

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110lpm FR RESPIRATORIA: 20rpm

TEMPERATURA: 38.5°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Ramon Tarazona con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Kira y edad 1año autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Firma persona responsable del paciente
C.c. 4237956

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 98lpm FR RESPIRATORIA: 24rpm

TEMPERATURA: 40.0°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Jimena Hernandez con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Manchas y edad 10 año, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Ximena Hernandez.
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1006159913

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 120lpm FR RESPIRATORIA: 20rpm

TEMPERATURA: 39.5°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

250
KW

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Cristina Rojas con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Toby y edad 15meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [ ] Orquiectomia [X]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -cientificos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Ana Cristina Rojas
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054226172

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100lpm FR RESPIRATORIA: 20rpm

TEMPERATURA: 38.6°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo Johana Celis con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Tuti y edad 8meses autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Neiro Celis
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054226580

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110 lpm FR RESPIRATORIA: 20 rpm

TEMPERATURA: 39.6°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

24C
RIV

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Rosalba Umaña con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Missi y edad 4 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -cientificos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

M. Rosalba Umaña M
Firma persona responsable del paciente
C.c. 24030447

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 98lpm FR RESPIRATORIA: 26rpm

TEMPERATURA: 38.6°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo Milena Correa. con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Nala y edad 3años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Adriana Milena Correa
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054226274. San Mateo

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRURGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 96lpm FR RESPIRATORIA: 28rpm

TEMPERATURA: 38.5°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA: Durante el procedimiento quirurgico la paciente entro dos veces en paro cardiorespiratorio, se inicio protocolo de reanimación avanzada cómo; masaje cardiaco, ventilación mecánica y administración de medicamentos entre ellos, doxapram a dosis de 0,1ml diabilizado con 04ml de agua destilada, atropina, epinefrina, se entuba y se mantiene con oxigeno, pasadas las horas, la paciente no responde, y lamentablemente no logro salir del quirófano.

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
NIt. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA 11 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Victor Alvarado con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Candy y edad 5meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Victor Alvarado
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1060912.

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRURGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 120lpm FR RESPIRATORIA: 20rpm

TEMPERATURA: 38.5°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

245
RIV

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Victor Alvarado con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Lichi y edad 1año, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Víctor Alvarado
Firma persona responsable del paciente
C.c. 4060912

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90lpm FR RESPIRATORIA: 20xpm

TEMPERATURA: 38.5°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

la paciente se encontraba preñada

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo Ana Oliveros con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Molly y edad Año, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23780 UPTC

Ana Oliveros R.
Firma persona responsable del paciente
C.c. 24031657

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100lpm FR RESPIRATORIA: 26rpm

TEMPERATURA: 40.0°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

La paciente presento piometra de cuello cerrado

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

247
RH

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA: 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Carmen Jimenez con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Manchas y edad 6meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugia de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugia practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Carmen . N. J . R
Firma persona responsable del paciente
C.c. 20645245

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 98lpm FR RESPIRATORIA: 28rpm

TEMPERATURA: 37.7°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

248

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Laura Velez con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Blanca y edad 6años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugia de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Laura Vélez f.
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1044934582

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 98lpm FR RESPIRATORIA: 16rpm

TEMPERATURA: 38.0°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Matilde Rodriguez con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Shakira y edad 22 años autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Matilde R.
Firma persona responsable del paciente
C.c. 24039818

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 120 lpm FR RESPIRATORIA: 28 rpm

TEMPERATURA: 39.0°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

250
EN

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Matilde Rodriguez con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Luna y edad 3años autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [ ] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarios.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leido y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Matilde R.
Firma persona responsable del paciente
C.c. 24031518

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90lpm FR RESPIRATORIA: 16rpm

TEMPERATURA: 38.0°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

251
RJ

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA: 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Ramon Tamayona con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Mara y edad 12 año, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Firma persona responsable del paciente
C.c. 4237956

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 120 lpm FR RESPIRATORIA: 30 rpm

TEMPERATURA: 38.5°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

252
EW

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA: 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Mercedes Acuña. con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Perra y edad 1año., autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Mercedes Acuña
Firma persona responsable del paciente
C.c. 24.030.205.

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [x] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [x] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110lpm FR RESPIRATORIA: 14rpm

TEMPERATURA: 38.5°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [x] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [x]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [x]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [x]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [x] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

25
RV

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Alba Dávila con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de palomo y edad 4años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [ ] Orquiectomia [X]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Alba Dávila S.
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054226392

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100 lpm FR RESPIRATORIA: 16 rpm

TEMPERATURA: 38.5°c TLLC: 2 seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

254
RN

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo Danilo Estupiñan con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Bonny y edad 6meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054226639

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 96lpm FR RESPIRATORIA: 28rpm

TEMPERATURA: 37.8°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

255
RJ

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Danib Estupiñan con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Mercury y edad 1año, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☐ Orquiectomia ☒
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054226637

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 120 lpm FR RESPIRATORIA: 16 rpm

TEMPERATURA: 39.2°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo Mireya Gallo con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Pancho y edad 3años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [ ] Orquiectomia [X]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Mireya Gallo 24031164
Firma persona responsable del paciente
C.c.

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100lpm FR RESPIRATORIA: 26rpm

TEMPERATURA: 38.6°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA: 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Mireya Gallo con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Michica y edad 8meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Mireya Gallo
Firma persona responsable del paciente
C.c. 24031164

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110 lpm FR RESPIRATORIA: 22 rpm

TEMPERATURA: 37.8°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Johana Estupiñan con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Pacha y edad 4 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054 226 219

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110 lpm FR RESPIRATORIA: 30 rpm

TEMPERATURA: 37.7°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugia

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

259
R14

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 12 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Danlo Estupiñan. con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Aces y edad 2años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [ ] Orquiectomia [X]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054226639

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100 lpm FR RESPIRATORIA: 18rpm

TEMPERATURA: 38.2 °C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

260
RM

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA: 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Dambo Estupiñan con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Elsa. y edad 3 meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054226637

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90 lpm FR RESPIRATORIA: 16 x pm

TEMPERATURA: 37.8°C TLLC: 1 seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Luis Medina con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Chiqui y edad 2 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarios.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1120339619

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 96lpm FR RESPIRATORIA: 15rpm

TEMPERATURA: 38.0°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

262
KU

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Luis Medina con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Kathy y edad 2 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1216039269

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 90 lpm FR RESPIRATORIA: 20 rpm

TEMPERATURA: 37.6°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

263
RN

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Brayan Tamara con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Huesos y edad 5años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [ ] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi masoota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054279158

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 120lpm FR RESPIRATORIA: 28rpm

TEMPERATURA: 40.0°C TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

La paciente presento piometra de cuello cerrado

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

264
EN

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA: 12 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Brayan Tamara con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de pechecha y edad Nero, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -cientificos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarios.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23169 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1057277138

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100lpm FR RESPIRATORIA: 16rpm

TEMPERATURA: 39.0°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

265
R1

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, María Triana con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Luna y edad 10 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -cientificos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Julio Junior C
Firma persona responsable del paciente
C.c. 28-228 861

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 98lpm FR RESPIRATORIA: 20xpm

TEMPERATURA: 37.0°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

266
EV

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Alexandra Velandia con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Luna y edad 1año., autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Alexandra Velandia
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1023018695

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 98lpm FR RESPIRATORIA: 26rpm

TEMPERATURA: 38.0°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

267
Rh

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA: 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Johana Estupiñan con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Gata 1 y edad 4meses, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Johana Estupiñan.
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054226219

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 120 lpm FR RESPIRATORIA: 16 rpm

TEMPERATURA: 39.5°C TLLC: 2 seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

268
RIJ

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Johana Estupiñan con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Michi 2 y edad 6 meses autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Johana Estupiñan
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1054226219

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 96lpm FR RESPIRATORIA: 26rpm

TEMPERATURA: 38.6°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

269
12J

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA: 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Martha Niño con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de pinticas y edad 7 años autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Martha Niño
Firma persona responsable del paciente
C.c. 24.031286

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC
Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110lpm FR RESPIRATORIA: 26rpm

TEMPERATURA: 39.0°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

270
EW

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Jorge Tarazona con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de pinina y edad 4años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mí y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Firma persona responsable del paciente
C.c. 80 121 453

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100lpm FR RESPIRATORIA: 18rpm

TEMPERATURA: 38.5°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugia

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Weimar Medina. con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Hares y edad 3años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [ ] Orquiectomia [X]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

WeimarMedina
Firma persona responsable del paciente
C.c 1053226143

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 86lpm FR RESPIRATORIA: 14rpm

TEMPERATURA: 39.0°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

27
EIV

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 12 | 08 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Isabel Acuña con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Aria y edad 2 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [X] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 24031484

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 98lpm FR RESPIRATORIA: 26xpm

TEMPERATURA: 39.6°c TLLC: 2seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

272
RIV

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo Zoila Medina con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Nala y edad 10meses autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Zoila Medina
Firma persona responsable del paciente
C.c. 24030567

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 96lpm FR RESPIRATORIA: 18rpm

TEMPERATURA: 39.6°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

273
RN

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO ☐ FELINO ☒ OTRO ☐

FECHA 12 / 06 / 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Zaia Medina con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Michi y edad 1año, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia ☒ Orquiectomia ☐
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos tècnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Zaila medina
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1240305671

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 120 lpm FR RESPIRATORIA: 26 rpm

TEMPERATURA: 39.0°c TLLC: 1 seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

274
2N

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA: 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Alba Davila con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Mono y edad 2años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [ ] Orquiectomia [X]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

ALBA DAVILA S.
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1 057 226 392

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 120lpm FR RESPIRATORIA: 28rpm

TEMPERATURA: 39.0°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugia de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

274
215

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [ ] FELINO [X] OTRO [ ]

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo Alba Dávila con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de mickie y edad 1año, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [ ] Orquiectomia [X]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23160 UPTC

Alba Dávila S.
Firma persona responsable del paciente
C.c. 1 054 226 312

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 110lpm FR RESPIRATORIA: 16rpm

TEMPERATURA: 38.0°c TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

275
EVJ

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Luis Bonilla con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Toby y edad 5años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [ ] Orquiectomia [X]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capítulo II, Artículo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugía practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. Jorge Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 1 1 3 2 4 0 DV

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

PESO: _____

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 96lpm FR RESPIRATORIA: 26rpm

TEMPERATURA: 38.7°C TLLC: 1seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

Carrera 12 No. 5 - 55 / Tunja - Boyacá 3202244762 sajor6@hotmail.com

276
RV

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodriguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

CANINO [X] FELINO [ ] OTRO [ ]

FECHA 12 | 06 | 25

AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA

1. Yo, Raquel Palencia con pleno uso de mis facultades mentales y en mi condición de propietario de Mariposa y edad 2 años, autorizo a **MEDIVET** y a los asistentes de su elección a practicar en el (ella) la (s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial (s) Ovariohisterectomia [ ] Orquiectomia [ ]
2. Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes: **a. Shock anafiláctico b. Paro cardiorrespiratorio c. Muerte súbita d. Dehiscencia de herida (en caso de ser sometido a procedimiento quirúrgico)**
3. Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Autorizo a **MEDIVET**, y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimientos y en el postoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
5. Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.
6. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el médico y sus asistentes los juzgan necesarios (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 28).
7. Certifico se me ha explicado que los médicos veterinarios no serán responsables por reacciones individuales, inmediatas o tardías adversas producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico al cual fue sometido mi mascota , mientras estos hayan sido aplicados correctamente por parte del médico especialista. (Ley 576 de 2000, Capitulo II, Articulo 23).
8. Certifico como propietario que el paciente tiene su esquema de vacunación completo y actualizado, no sufre de ninguna enfermedad que conozca.
9. Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad médica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico -científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución. (Ley 23 de 1981- Res. 1995/99)
10. Como propietario del animal manifiesto mi deseo de "declinación de exámenes prequirúrgicos" ya que no cuento con los medios para subsidiarlos.
11. Entiendo que posterior a la cirugía de mi mascota puede verse afectado durante su recuperación por algún virus o bacteria oportunista y por ello no debo responsabilizar a la cirugia practicada ni al personal médico.
12. Entiendo que la correcta recuperación de mi mascota depende de mi y de seguir las indicaciones medicas dadas por el Veterinario y consignadas en la formula medica recibida
13. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior; que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión

Dr. J... Pinilla
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 23180 UPTC

Firma persona responsable del paciente
C.c. 24030537

Firma y/o Sello del médico veterinario

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas, ya que estamos en la obligación de comunicar al usuario de dichos servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso (Ley 576 2000, Capitulo II, Articulo 27). Consideramos que el responsable comprende lo que le hemos explicado.

MEDIVET

Jorge Augusto Pinilla Rodríguez
Nit. 7.187.845 - 5 Responsable de IVA

EXAMEN CLINICO PREQUIRÚRGICO

COME: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

BEBE: SI [X] NO [ ] OBSERVACIONES: _____

VOMITO: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

DIARREA: SI [ ] NO [X] OBSERVACIONES: _____

FR CARDIACA: 100 lpm FR RESPIRATORIA: 26 rpm

TEMPERATURA: 39.5 °C TLLC: 2 seg

MUCOSAS NORMALES: SI [X] NO [ ]

OBSERVACIONES: _____

SECRECIONES VULVALES: SI [ ] NO [X]

OBSERVACIONES: _____

REPORTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI [ ] NO [X]

CUAL: _____

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: SI [ ] NO [X]

CUALES: _____

HALLAZGOS EN CIRUGIA:

_____

_____

Después de haber sido informado del examen está de acuerdo con que se realice la cirugía de esterilización SI [X] NO [ ]

Nota: los hallazgos en el presente examen pueden tener variaciones de acuerdo al entorno, ya que el paciente está sometido a un alto nivel de estrés por encontrarse en un sitio de gran afluencia de animales, y esto puede conllevar a variaciones en alguno de los parámetros, lo cual, sin exámenes adicionales que puedan confirmar o descartar la veracidad de dichos parámetros, no es posible realizar un diagnóstico del paciente antes de la cirugía

MEDIVET
CONSULTORIO VETERINARIO
Nit: 7.187.845-5 Régimen comun
JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ
MÉDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA

San Mateo, Junio de 2025

Señores
MUNICIPIO DE SAN MATEO
Departamento de Boyacá

REF. AUTORIZACION DE PAGO CONTRATO MINIMA CUANTIA INVITACIÓN PUBLICA N° SM-MC-018-2025
OBJETO: "PRESTACIÓN DE SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA CON EL FIN DE CONTRUBIR CON LA SALUD PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE SAN MATEO Y BRINDAR BINESTAR ANIMAL, ESPECIALMENTE A LOS ANIMALES QUE SE ENCUENTRAN EN ESTADO DE ABANDONO Y/O SUS PROPIETARIOS SON DE BAJOS RECURSOS.."

Yo, JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ, identificado con la cedula de cuidadnia No 7.187.845 de la ciudad de Tunja, AUTORIZO al municipio de San Mateo, para que el pago del proceso en mencion, sea realizado a la cuenta de ahorros numero 60644304976 titular JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ, banco BANCOLOMBIA.

Anexo cerfificacion bancaria.

Cordialmente,

JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ
C.C. 7.187.845
NIT. 7.187.845-5
Carrera 12 No 5-55 Tunja
3202244762
Correo: sajor6@hotmail.com

aportes en línea

Resumen General de Pago

DS GENERALES DEL APORTANTE

ntificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
67845		PINILLA RODRIGUEZ JORGE AUGUSTO	NOTENDIENTE	PRINCIPAL	cr 13 a 5-35	TUNJA-BOYACA	7430732	No

DS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
sión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
05	2025-06	1478874802	94851457.54	I	2025/06/12	2025/05/13	BANCOLOMBIA	0	$413,300

IDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES			
	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
[redacted]					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
rs de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
d: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
	CC	7167845	[redacted]	31/1987	38	$1,423,500	$227,800	576037	30	$1,423,500	$178,000		8	$0	$0	14/23	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
al	Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

2025/05/13 01:52 PM

en línea

Resumen General de Pago

OS GENERALES DEL APORTANTE

entificación	dv	Razon Social	Clase Aporta	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
07545		PINILLA RODRIGUEZ JORGE AUGUSTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 17 a 5-55	TUNJA-BOYACA	7438733	No

OS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
sión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
05	2025-05	1478574982	948141714	I	2025/06/12	2025/05/13	BANCOLOMBIA	0	$413,300

SUMEN DE PAGO

GO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
(ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
OLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$0	$0	$227,800
(ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
OSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,500	$0	$0	$7,500
(ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
UEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

2025/05/13 03:52 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7187845		PINILLA RODRIGUEZ JORGE AUGUSTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 12 n 5-59	TUNJA-BOYACA	7439731	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1963139875	94865631208	I	2025/07/10	2025/06/18	BANCO AGRARIO	0	$410,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$170,800			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$170,800			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$170,800			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	7187845	PINILLA JORGE	121001	30	$1,423,500	$227,800	051001	30	$1,423,500	$170,800		0	$0	$0	14 03	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$170,800			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

2025/06/18 11:00 AM

Certificación
Bancaria

Jueves, 05 de junio de 2025

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ identificado(a) con CC 7187845, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	60644304976	2022-11-03	Activo	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno,

JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ
NIT: 7187845-5
Responsabilidades: Agente de retención en el impuesto sobre las ventas
Actividad economica: ["4741","4759","4620"]
Resolución DIAN No: 18764085918093
Fecha de expedición: 2024-12-23 hasta 2025-06-23
Numeración autorizada: FE 214 Hasta FE 2000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: FE 231

DATOS DEL CLIENTE

Nombre: MUNICIPIO DE SAN MATEO
Documento: 891857821
Dirección: cr 4 3 - 31
Ciudad: San Mateo
Teléfono: 7894122
Medio pago: Efectivo
Forma pago: Crédito

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

Fecha de expedición: 2025-06-18
Fecha de vencimiento: 2025-06-30

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor.

#	DETALLE	V UNI.	CANT.	TOTAL
1	KETAMINA 5% FCO DE 50 ML	$230.000,00	9,00	$2.070.000,00
2	XILACINA 10% FCO DE 50 ML	$140.000,00	7,00	$980.000,00
3	MELOXICAM FCOS DE 50 ML	$80.000,00	1,00	$80.000,00
4	ATROPINA FCO 50 ML	$53.000,00	6,00	$318.000,00
5	AGUJA 23*1 CAJA X 100	$20.000,00	3,00	$60.000,00
6	LIDOCAINA FCO DE 50 ML	$32.000,00	10,00	$320.000,00
7	ALUSPRAY AEROSOL (100 push)	$89.000,00	7,00	$623.000,00
8	PROPOFOL 1% FCO DE 20 ML	$20.000,00	60,00	$1.200.000,00
9	TRAMADOL 100 MG X 2 ML CAJA X 10	$6.000,00	20,00	$120.000,00
10	ANTIBIOTICO LARGA ACCION FCO DE 50 ML	$180.000,00	10,00	$1.800.000,00
11	SUTURA VICRYL ABSORVENTE N° 2 - 0	$10.000,00	115,00	$1.150.000,00
12	YELCO # 24	$4.000,00	130,00	$520.000,00
13	SUTURA NO ABSORVENTE ROLLO	$20.000,00	8,00	$160.000,00
14	ESPARADRAPO ROLLO DE 10 YARDAS	$11.700,00	6,00	$70.200,00
15	TAPABOCAS CAJA X 50	$20.000,00	3,00	$60.000,00
16	AGUA OXIGENADA GALON 4.000 ml	$32.000,00	3,00	$96.000,00
17	KETOPROFENO FCO DE 50 ML	$75.000,00	10,00	$750.000,00
18	QUERCETOL (ETAMSILATO) FCO DE 50 ML	$85.000,00	6,00	$510.000,00
19	GASA ESTERIL PAQUETE X 50 SOBRES	$37.000,00	30,00	$1.110.000,00

JORGE AUGUSTO PINILLA RODRIGUEZ
NIT: 7187845-5
nsabilidades: Agente de retención en el impuesto sobre las ventas
Actividad economica: ["4741","4759","4620"]
Resolución DIAN No: 18764065918093
Fecha de expedición: 2024-12-23 hasta 2025-06-23
Numeración autorizada: FE 214 Hasta FE 2000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: FE 231

DATOS DEL CLIENTE

Nombre: MUNICIPIO DE SAN MATEO
Documento: 891857821
Dirección: cr 4 3 - 31
Ciudad: San Mateo
Teléfono: 7894122
Medio pago: Efectivo
Forma pago: Crédito

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

Fecha de expedición: 2025-06-18
Fecha de vencimiento: 2025-06-30

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor.

#	DETALLE	V UNI.	CANT.	TOTAL
20	CAJA DE GUANTES latex CAJA X 100 UNIDADES	$45.000,00	3,00	$135.000,00
21	JERINGA 1 ML 3 PIEZAS CAJA X 100	$38.000,00	2,00	$76.000,00
22	JERINGA 3 ML 3 PIEZAS CAJA X 100	$40.000,00	1,00	$40.000,00
23	JERINGA DE 5 ML CAJA X 100	$48.000,00	1,00	$48.000,00
24	VITAMINA K FCO 10 ML	$55.000,00	4,00	$220.000,00
25	ALCOHOL FCO X 4.000 ML	$40.000,00	3,00	$120.000,00
26	DESINFECTANTE PARA INSTRUMENTAL GALON	$81.640,00	1,00	$81.640,00
27	PROCEDIMIENTO: Esterilización macho o hembra: Se realiza esterilización (orquiectomia u ovariohisterctomia) bajo los protocolos y con las medidas de asepsia necesarias para este tipo de procedimientos, los pacientes se medican sistémicamente con antibiótico y analgésico para evitar infecciones y dolor postcirugía	$16.000,00	115,00	$1.840.000,00

N: CATORCE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

Observación:

SUBTOTAL:	$14.557.840,00
IVA:	$392.160,00
TOTAL:	$14.950.000,00

Nota:
FACTURA CONTRATO N°SM-MC-018-2025
PRESTACIÓN DE SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN CANINA Y FELINA CON EL FIN DE CONTRUBIR CON LA SALUD PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE SAN MATEO Y BRINDAR BINESTAR ANIMAL, ESPECIALMENTE A LOS ANIMALES QUE SE ENCUENTRAN EN ESTADO DE ABAND

DIAN
FacturasYa

CUFE: a1d5fd5ec9fa8cb90e9d1e8c83799c594da1322bd058c18499184b3da856783c8ffe43249c887af960c87f252627551

Fecha y hora de envio: 0000-00-00 00:00:00