Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

21 JULIO 2025

CIRUGÍA

Indicador	NO	SI	Suma total
CIRUGÍA	0	7	7

Historia Clínica	Lugar	Categoría
19823	CIRUGÍA	SI
19463	CIRUGÍA	SI
19521	CIRUGÍA	SI
17988	CIRUGÍA	SI
19643	CIRUGÍA	SI
19814	CIRUGÍA	SI
19860	CIRUGÍA	SI

Historia Clínica N°
19823

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira Lo Tiene

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villa Santana

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES, CIRUGÍA Y ANESTESIA

Yo Elenar Cobalada O. identificado(a) con cédula de ciudadanía número. 1088274171 de Pereira y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Hospital público veterinario y a su equipo de trabajo para realizar el procedimiento anestésico/quirúrgico al paciente Terry, de especie felino., raza, mix, sexo M X H ___ de _____ años de edad, con _____ Kg de peso y número de historia clínica 19823.

Manifiesto que he **recibido y entendido** la información sobre el procedimiento a realizarse denominado flutd.; La **CLASIFICACIÓN DE RIESGO ANESTÉSICO ASA** es _____ y entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **Shock anafiláctico, Muerte súbita, Paro cardiorrespiratorio, dehiscencia de puntos en la herida** (En caso de haber sido sometido a un procedimiento que así los requiera) entre otros que me han sido explicados.

En constancia que el paciente ha sido valorad@, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de Tutor, procedo a autorizar al médico veterinario designado por el Hospital público veterinario para la realización del procedimiento y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación.

Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja las cuales, he comprendido y aceptado.

Además, autorizo la obtención, divulgación y publicación de imágenes y datos de la historia clínica del paciente por parte del Hospital público veterinario con fines académicos y/o para difusión en redes sociales.

Historia Clínica Nº 19463

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira Lo Tiene

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villa Santana

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira, Fecha y hora: 21/07/25
Yo: [illegible] Identificado con CC:
con dirección: [illegible]; Teléfono:
Tutor de: Pitbull Especie: Canino Raza: Shipzu.
Sexo: Masculino Edad: 6 AÑOS

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento: limpieza de herida

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

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** Luis Carlos Jaramillo **con matrícula profesional No** 28651 **, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es bája, como los son: **PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE** las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del tutor: [illegible] Firma del MVZ:
CC: 24624450 TP: 28651.
Teléfono: 3122862469.

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio
Valid	Valid		Hospital / Recuperación: Valid

Formato 5 - **V2 / 2025**

Historia Clínica N°
19463

Alcaldía de PEREIRA
Hospital Público VETERINARIO

Sedes
- [x] Maraya
- [ ] 2500 Lotes
- [ ] Villasantana
- [ ] Parque Industrial

FORMATO PROCEDIMIENTOS CONSULTA CIRUJANO

Fecha: 21-07-25 **Canino:** [x] **Felino:** [ ] **Macho:** [x] **Hembra:** [ ] **Raza:** _____
Médico tratante: _____
Tutor: Martha varela. **Paciente:** pistacho

Motivo de consulta reportado:

Inyecto.

Exámenes solicitados (marque con una X)

PARVOVIRUS		PERFIL 1	
TEST DISTEMPER		PERFIL 2	
PARVO/CORONA/GIARDIA		PERFIL 3	
VIF/VILEF		DIAGNÓSTICO 1	
EHRLICHIA		RASPADO DE PIEL/KOH	
CUADRO HÉMATICO		COPROLÓGICO	
ECOGRAFÍA			

Evaluación del paciente / medicación: _____

Limpieza bajo sedacion.

_____
Firma de MVZ
TP:

_____
Firma
Nombre Auxiliar:

Historia Clínica N°
19463

Pereira
Lo Tiene

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villa Santana

REMISIÓN

Fecha: 15/07 **Remitido por:** Melissa Loaiza

Especie / Raza: Canino/ShihTzu **Nombre:** Pistacho

Diagnóstico presuntivo: Politrauma

Quién traslada nombre / Cédula:

1. Meloxicam 0,5%. 0,12 ml SC hasta el 17. — 16/07
2. Tramadol 0,36 ml SC — 17/07
3. Ceftiofor 0,5 ml SC. — 18/07
4. Cambio de vendaje + Fitave — 19/07 → Control veterinario

Uso permanente de collar isabelino

Ana Sofía Murid
Medica Veterinaria Zootecnista
TP: 51120
U. Tecnológica de Pereira

Firma del Encargado:
Nombre:
CC:
Teléfono:

Firma del MVZ
TP:

Formato 6 - V2 / 2025

Historia Clínica N°: 1952

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira Lo Tiene

Sedes
- (1) Maraya
- ( ) 2500 Lotes
- ( ) Villa Santana

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira - Risaralda Fecha y hora: 21 / Julio / 2025
Yo: Lizangela Bermudez Identificado con CC: 5253576
con dirección: Calle 5 # 11-26 ; Teléfono: 3185415622
Tutor de: Nesha Especie: Criollo Raza: Canina
Sexo: F Edad: 6 meses

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento: SUTURA

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

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** Luis Carlos Jaramillo **con matrícula profesional No** 2865I **, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: **PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE** las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del tutor: Lizangela Bermudez Firma del MVZ:
CC: 5253576 TP: 2865I
Teléfono: 3185415622

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio
			Hospital / Recuperación

Formato 5 - **V2 / 2025**

Historia Clínica Nº 17988

Alcaldía de Pereira | Hospital Público Veterinario | Pereira Lo Tiene

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villa Santana

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira/kda Fecha y hora: 21/07/25

Yo: Katerin Martinez Identificado con CC: 1013607494

con dirección: Kra 4bis Bis Nro 64 Urb Teléfono: 3148363258

Tutor de: Kiara Especie: _____ Raza: Criolla

Sexo: f Edad: 10

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

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

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** Luis Carlos Jaramillo **con matrícula profesional No** 28651 **, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: **PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE** las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del tutor: Katerin Martinez Firma del MVZ: _____

CC: 42094329 TP:

Teléfono:

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio
			Hospital / Recuperación

Historia Clínica Nº 17488.

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira Lo Tiene

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villa Santana

FORMATO DE DECLARACIÓN DE DIRECCIÓN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, Antonia Martinez toro identificado/a con 42094329 número _____, actuando en calidad de tutor del canino ☐ felino ☐ llamado Bruna, declaro bajo la gravedad de juramento que mi dirección actual es la siguiente:

Dirección: *(Especificar la dirección completa, incluyendo calle, número, ciudad, etc.)*
Cra 4bis 38-77

Barrio: Barrio Cautiva

Comuna: _____

Declaro que la información proporcionada es veraz y corresponde a mi domicilio actual. En caso de que se determine que esta declaración contiene falsedad ideológica o que se haya incurrido en alguna tergiversación de los hechos, estoy consciente de que puedo incurrir en las consecuencias legales pertinentes, que incluyen sanciones penales y/o administrativas por falsedad ideológica en documento público, conforme a lo dispuesto por Código Penal Colombiano - Ley 599 de 2000.

Antonia Martinez

Firma

Nombre completo: Antonia Martinez toro

Tipo de documento de identificación: _____

Número de documento: 42094329

Clínica N° 17988

DE CITA

Fecha y hora: ~~Cirugía~~ 21 Julio 7:AM

Oto Hematoma Aurales

Documentos obligatorios requeridos:

Copia de la cédula, copia de los servicios públicos *(agua o energía de Pereira)*

Sedes

- Maraya
- Villasantana
- 2500 Lotes

Formato 10 - **V2 / 2025**

Hospital Público Veterinario | Pereira Lo Tiene

Sedes

- Maraya
- 2500 Lotes
- Villa Santana

ISIÓN

do por: Luis Carlos Jaramillo

Nombre: Kiara

ematoma

Quién traslada nombre / Cédula:

I- Realizar Agendamiento para cirugía de otohematoma

21 Julio 7:AM

hortencia martinez.
3148363258.

Firma del Encargado:
Nombre:
CC:
Teléfono:

Firma del MVZ
TP: 28651.

Formato 6 - **V2 / 2025**

...ROS - ENERGÍA ELÉCTRICA

...ECNICOS

...IA NAZARETH
...77- RICARDO R. BYRON GAV
...012-6487 Municipio: 1 Pereira Servicio: Residencial Ciclo: 0
Transformador: 1006160000 Contribución: % Subsidio: 30.35 Estrato: 2
Carga contratada (KW): 0 Grupo calidad: 12 Circuito: 0023 NT: 1

MATRICULA >>> 274274

Fecha de Emisión:	14/JUN/2025
Facturas Vencidas:	0
Tengo plazo para pagar hasta:	24/JUN/2025
Me quedo sin servicio desde:	
Documento equivalente a la factura:	DEL2015882

ASEO:	24,966
ALUMBRADO:	5,320
OTRAS EMPRESAS:	0
SUBTOTAL SIN ENERGÍA:	30,270
ENERGÍA:	64,055
TOTAL	$94,331

INFORMACIÓN DE CONSUMO

120 132 Unidad en (Kw - Hora) 108 124 113 126 120 121



Consumo últimos seis meses

Mes	kWh	Valor	Días facturados
DIC	120	102,754	31
ENE	132	112,469	31
FEB	108	95,256	28
MAR	124	106,761	31
ABR	113	99,342	30
MAY	126	113,206	31

	Número	Marca	Lec Actual	Lec Anterior	Diferencia	Fact	Energía facturada	Consumo promedio	Consumo en investigación
Activa	11123533	MER	18831	18711	120	1	120	121	
Reactiva									

Periodo facturado: 15/MAY/2025 - 13/JUN/2025
Días facturados: 30
Observación:
Valor kWh: 880.0527
Tarifa a mes de: MAY-2025
Tipo de lectura: CL: Consumo Lectura Tomada

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO ACTUAL

Rango	Consumo kWh	Valor kWh	Total energía	Subsidio	Total
0-130	120	880.0527	105,606	-41,551	64,055

INFORMACIÓN GENERAL

Componentes del costo unitario

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

298.4221 56.7575 55.9692 41.8124 326.9453 100.1462 880.0527

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

Int. Mora	Vr. suspensión	Vr. reconexión	Int. financiación
.50		42,583	

ACUERDOS DE PAGO

Concepto	Valor financiado	Deuda actual	Cuota pendiente

CALIDAD DEL SERVICIO

DIUGJ,n,q 22 — FIUGJ,n,q 15
DIUu,te 2 — FIUu,te 1
VC .00

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

Somos autoretenedores según Res. DIAN No. 0647 de 25/01/03
- Grandes Contribuyentes Res. DIAN 0012260 del 26/12/2022
Somos autoretenedores de Industria y Comercio en Pereira según acuerdo 0/3/2020

ÚLTIMO PAGO

Empresa de Energía de Pereira — Fecha
Otros 96,887 P 23/MAY/2025
Valor en Reclamación — Proceso

ENERGÍA 64,055

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
501	Consumo Activa	0	105,606	105,606
561	Subsidio	0	-41,551	-41,551

ALUMBRADO PÚBLICO 5,320

MUNICIPIO DE PEREIRA

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
307	Alumbrado Publico Pereira		5,320	5,320

Responsable del Alumbrado Público: Pereira — Nit: 891.480.030-2
Acuerdo del Concejo Municipal No.: 012 Jul 2000
Oficina de atención al ciudadano: CRA 18 17-55 Ed Torre Central, Ir cal 104 Pereira

OTRAS EMPRESAS

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL

ASEO 24,966

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

Frecuencia (vec/sem): No aprovechables: 2 - Aprovechables: 0 - Barrido: 2
Frecuencia Corte: 1 (Veces/Mes) - Frecuencia Poda: 2 (Veces/Año)
Frecuencia Lavado: 2 (Veces/Año) - Aforo Mes (Mt3): 1 Uso Aseo: RESID-ES

Tarifa últimos 6 meses

1	2	3	4	5	6
22500	22500	22500	24496	24750	24750

COD	CONCEPTO	DEUDA ANTERIOR	VALOR MES	TOTAL
844	Cargo Fijo Aseo	0	27,967	27,967
858	C V Aprovechamiento	0	168	168
939	Cargo Variable	0	12,378	12,378
999	Subsidio Aseo	0	-15,557	-15,557

Componentes Tarifarios

TBL:	13798.74
TRT:	8588.69
TDF:	3115.652
TC:	[illegible]
TA:	168.066
TTL:	675.724
TLU:	5111.41
% SUB/CON:	-38.40%

Valor Financiado 0 — Unidades Independientes Res:1 — Cuotas Pendientes
Periodo Facturado MAY/2025 — Últ. Pago y Fec. 96,887 P 23/MAY/2025

Cantidad de Residuos (ton)	Mar	Apr	May
Aprovechables (TRA):	.001	.001	.001
No aprovechables (TRNA):	.057	.057	.057

Residuos del periodo (ton)	
Ordinarios:	.031
Barrido y Limpieza:	.009
Limpieza urbanos:	.001
Rechazados:	0

Información de Liquidación
Costo Fijo:
Costo Variable No Aprovechable:
Costo Variable Aprovechable (VBA): 168.066 12378.268

GERENTE

¿Quieres conocer el comportamiento de tu consumo en este periodo? INGRESA A ESTE CÓDIGO QR
Resolución CREG 185 007 de 2024

SEPTOTORRES&MARVO

energía DE PEREIRA
Nit. 816.002.019-9
www.eep.com.co
Matricula
274274

Escanea y paga tu factura por el

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.094.329**

MARTINEZ TORO

APELLIDOS

HORTENCIA

NOMBRES

Hortencia Martinez Toro

FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO **19-MAY-1969**

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-MAY-1988 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2400100-00695393-F-0042094329-20150427 0044012790A 1 4533359704

Historia Clínica N°
19643

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira Lo Tiene

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villa Santana

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES, CIRUGÍA Y ANESTESIA

Yo Ulcane Yonire Ulcoso Mendez identificado(a) con cédula de ciudadanía número. 1014252817 de Bogota y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Hospital público veterinario y a su equipo de trabajo, para realizar el procedimiento anestésico/quirúrgico al paciente guardian, de especie canino, raza, Mestizo, sexo M X H ___ de 6 M años de edad, con 9 Kg de peso y número de historia clínica 19643.

Aglacim Cabeza Femoral

Manifiesto que he **recibido y entendido** la información sobre el procedimiento a realizarse denominado Sedacion para toma de Radiografia; La **CLASIFICACIÓN DE RIESGO ANESTÉSICO ASA** es II y entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **Shock anafiláctico, Muerte súbita, Paro cardiorrespiratorio, dehiscencia de puntos en la herida** (En caso de haber sido sometido a un procedimiento que así los requiera) entre otros que me han sido explicados.

En constancia que el paciente ha sido valorad@, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de Tutor, procedo a autorizar al médico veterinario designado por el Hospital público veterinario para la realización del procedimiento y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación.

Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja las cuales, he comprendido y aceptado.

Además, autorizo la obtención, divulgación y publicación de imágenes y datos de la historia clínica del paciente por parte del Hospital público veterinario con fines académicos y/o para difusión en redes sociales.

En contraparte yo Laura Restrepo con tarjeta profesional número 52459 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

Para constancia se firma el 16 de Julio del 20 25

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

Laura Restrepo
Médico Veterinario:
TP: 52459.

Yeimy Geniva Manso
Propietario/acudiente:
CC: 1014252817

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio
			Hospital / Recuperación

Historia Clínica N°
19814

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villa Santana

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES, CIRUGÍA Y ANESTESIA

Yo Laura Romero Vargas. identificado(a) con cédula de ciudadanía número. 1088336866 de Pereira y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Hospital público veterinario y a su equipo de trabajo, para realizar el procedimiento anestésico/quirúrgico al paciente Milo; de especie Perro, raza, mix, sexo M___ H X de ____ años de edad, con ____ Kg de peso y número de historia clínica 19814.

Manifiesto que he **recibido y entendido** la información sobre el procedimiento a realizarse denominado Tubo esofagostomia; La **CLASIFICACIÓN DE RIESGO ANESTÉSICO ASA** es ____ y entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **Shock anafiláctico, Muerte súbita, Paro cardiorrespiratorio, dehiscencia de puntos en la herida** (En caso de haber sido sometido a un procedimiento que así los requiera) entre otros que me han sido explicados.

En constancia que el paciente ha sido valorad@, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de Tutor, procedo a autorizar al médico veterinario designado por el Hospital público veterinario para la realización del procedimiento y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación.

Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja las cuales, he comprendido y aceptado.

Además, autorizo la obtención, divulgación y publicación de imágenes y datos de la historia clínica del paciente por parte del Hospital público veterinario con fines académicos y/o para difusión en redes sociales.

En contraparte yo Luis Carlos Jaramillo con tarjeta profesional número 28651 en calidad de médico veterinario, suscribo este documento como constancia de haber brindado al tutor del paciente, la información sobre la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial, he contestado todas las preguntas formuladas por el propietario como me lo indica la Ley 576 2000, Capítulo II, Artículo 27, además considero que el responsable comprende lo que se le ha explicado y ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para llevar el/los procedimientos a cabo.

Para constancia se firma el _____ de _____ del 20___

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

Médico Veterinario:
TP:

Propietario/acudiente:
CC: 1095336966

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio
			Hospital / Recuperación

Historia Clínica Nº 19860

Hospital Público VETERINARIO | Alcaldía de PEREIRA | Pereira Lo Tiene

Sedes
- ○ Maraya
- ○ 2500 Lotes
- ○ Villa Santana

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 21/07/25.
Yo: Carlos Alberto Escobar Identificado con CC: 79973691
con dirección: ; Teléfono:
Tutor de: Simba. Especie: Felino Raza: mix
Sexo: Macho Edad:

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

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

En constancia que _____ ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** Luis Carlos Jaramillo **con matrícula profesional No** 28651 **, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: **PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE** las cuales, he comprendido y aceptado.

Melissa Loaiza Arias
Medica Veterinaria y Zootecnista
TP 36700

Nombre del tutor: Carlos Escobar
CC: 79973691
Teléfono: 3213114131

Firma del MVZ:
TP:

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio
			Hospital / Recuperación

Formato 5 - V2 / 2025