Alcaldía Local de Kennedy

## HISTORIA CLINICA BRIGADAS MÉDICAS DE ANIMALES EN CONDICÓN DE VULNERABILIDAD

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS 800 DE 2025**

| | | |
|---|---|---|
| **#HC** | 42 | |

Objeto: " INV-U-14 Prestar el servicio de atención a caninos y felinos en condición de vulnerabilidad y en estratos 1,2 y 3 de la localidad de Kennedy a través de programas y/o servicios de esterilización, brigadas médico-veterinarias, urgencias veterinarias, adopción, así como la educación de los tenedores con el fin de mejorar las condiciones y calidad de vida de los animales y la comunidad"

### DATOS DE PROPIETARIO Y DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha | 30/10/2025 | Ultima vacunación | marzo/2025 |
| Condición actual | RED DE CUIDADORAS/ PROTECCIONISTA | Ultima desparasitación | marzo /2025 |
| | | Esterilizado? | SI |
| | | Apetito | NORMAL |
| | | Tenedor | MAIRA ALEJANDRA CAGUEÑAS LOZADA |
| Nombre paciente | SIMBA | Tipo de documento | CEDULA |
| Edad | 2 AÑOS | Identificación | 1030560652 |
| Especie | FELINO | Telefono | 3105848356 |
| Raza | MESTIZO | Dirección | KR 79 6 A 34 |
| Sexo | Macho | Correo | MAYRAFUE@HOTMAIL.COM |
| Peso (Kg) | 4,3 | UPZ | 46 CASTILLA |
| Color | BLANCO/AMARILLO | | |

### ANAMNESIS

BRIGADA MEDICA,TENEDOR REPORTA APARENTE BUEN ESTADO DE SALUD

| | | | |
|---|---|---|---|
| FC (lat/min) | 124 | FR (resp/min) | 24 |
| TEMPERATURA | 38,5 | MUCOSAS | ROSADAS |
| TLLC (s) | 2 | | |

### EXAMEN CLINICO

| | |
|---|---|
| SISTEMA CARDIOVASCULAR | SIN CAMBIOS PATOLOGICOS APARENTES AL EXAMEN CLINICO |
| SISTEMA RESPIRATORIO | SIN CAMBIOS PATOLOGICOS APARENTES AL EXAMEN CLINICO |
| SISTEMA NEUROLOGICO | SIN CAMBIOS PATOLOGICOS APARENTES AL EXAMEN CLINICO |
| SISTEMA DIGESTIVO | SIN CAMBIOS PATOLOGICOS APARENTES AL EXAMEN CLINICO |
| SISTEMA GENITO-URINARIO | SIN CAMBIOS PATOLOGICOS APARENTES AL EXAMEN CLINICO |
| PIEL Y MUCOSAS | SIN CAMBIOS PATOLOGICOS APARENTES AL EXAMEN CLINICO |
| SISTEMA OSTEOMUSCULAR | SIN CAMBIOS PATOLOGICOS APARENTES AL EXAMEN CLINICO |

| | |
|---|---|
| ORGANOS DE LOS SENTIDOS | SIN CAMBIOS PATOLOGICOS APARENTES AL EXAMEN CLINICO |

**Alcaldía Local de Kennedy**

**DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES**

SANO AL EXAMEN CLINICO

**VACUNACIÓN**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE VACUNA** | **TRIPLE FELINA** |

**DESPARASITACIÓN INTERNA O EXTERNA**

| MEDICAMENTO | CANTIDAD |
|---|---|
| NO | 1 |
| NO | 1 |
| | |

**MEDICAMENTOS USADOS / ENTREGADOS CON FORMULA MÉDICA**

| MEDICAMENTO | CANTIDAD |
|---|---|
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |

**TEST VIRAL**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE TEST VIRAL UTILIZADO** | NO |
| **RESULTADO** | - |

**OBSERVACIONES MEDICO VETERINARIO**

NINGUNA

**CONSENTIMIENTO VACUNACIÓN**

A través de la información brindada por el Médico Veterinario he comprendido cuales son los beneficios y los riesgos de la vacunación el mi animal de compañía, se me ha brindado verbalmente información sobre los posibles efectos adversos, y condiciones relacionadas con la aplicación de las vacunas en los perros y en los gatos, por lo tanto, autorizo la aplicación de la vacuna a mi animal de compañía. (Aplica en caso de que se realice la vacunación del animal descrito en la presente historia clínica)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable.

**FIRMA**

MÉDICO VETERINARIO/ T.P

