Alcaldía Local de Kennedy

HISTORIA CLINICA BRIGADAS MÉDICAS DE ANIMALES EN CONDICÓN DE VULNERABILIDAD

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS 800 DE 2025

#HC	46	

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	febrero/2025
Condición actual	RED DE CUIDADORAS/ PROTECCIONISTA	Ultima desparasitación	febrero/2025
		Esterilizado?	SI
		Apetito	NORMAL
		Tenedor	BIBIANA ESPINOSA
Nombre paciente	MONO	Tipo de documento	CEDULA
Edad	10 AÑOS	Identificación	52095067
Especie	CANINO	Telefono	3023657567
Raza	MESTIZO	Dirección	CALLE 8D 80C20
Sexo	Macho	Correo	BIBIANAESPINOSADIAZ@YAHOO.COM
Peso (Kg)	18	UPZ	46 CASTILLA
Color	CAFÉ		

ANAMNESIS

BRIGADA MEDICA,TENEDOR REPORTA APARENTE BUEN ESTADO DE SALUD

FC (lat/min)	124	FR (resp/min)	26
TEMPERATURA	38,6	MUCOSAS	ROSADAS
TLLC (s)	2		

EXAMEN CLINICO

SISTEMA CARDIOVASCULAR	SIN CAMBIOS PATOLOGICOS APARENTES AL EXAMEN CLINICO
SISTEMA RESPIRATORIO	0
SISTEMA NEUROLOGICO	0
SISTEMA DIGESTIVO	0
SISTEMA GENITO-URINARIO	0
PIEL Y MUCOSAS	0
SISTEMA OSTEOMUSCULAR	0

ORGANOS DE LOS SENTIDOS	0

Alcaldía Local de Kennedy

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

SANO AL EXAMEN CLINICO

VACUNACIÓN

NOMBRE VACUNA	PENTAVALENTE

DESPARASITACIÓN INTERNA O EXTERNA

MEDICAMENTO	CANTIDAD
NO	1
NO	1

MEDICAMENTOS USADOS / ENTREGADOS CON FORMULA MÉDICA

MEDICAMENTO	CANTIDAD
TENIBLAN	2
-	-
-	-
-	-
-	-

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

