Alcaldía Local de Kennedy

HISTORIA CLINICA BRIGADAS MÉDICAS DE ANIMALES EN CONDICÓN DE VULNERABILIDAD

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS 800 DE 2025

#HC	52

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	LAIKA	Tipo de documento	CEDULA
Edad	7 AÑOS	Identificación	52095067
Especie	CANINO	Telefono	3023657567
Raza	MESTIZO	Dirección	CALLE 8D 80C20
Sexo	Hembra	Correo	BIBIANAESPINOSADIAZ@YAHOO.
Peso (Kg)	12	UPZ	46 CASTILLA
Color	AMARILLO		

ANAMNESIS

BRIGADA MEDICA,TENEDOR REPORTA APARENTE BUEN ESTADO DE SALUD

FC (lat/min)	120	FR (resp/min)	23
TEMPERATURA	37.9	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

