ONSORCIO PYBA KENNEDY 2025-	URGENCIAS MÉDICAS VETERINARIAS
	Contrato de prestación de servicios CPS 800 DE 2025
	RECETA MÉDICA

Alcaldía Local de Kennedy

FECHA	31/10	**SEXO**	Macho	**EDAD**	12 AÑOS
NOMBRE	MANY	**PESO**	9,4 KG	**MICROCHI**	**NR**
ESPECIE	**Canino**	**EDAD**	**12 AÑOS**	**CONTROL**	**04/11/25**

Administrar via oral 1/2 tableta cada 12 horas durante 3 días seguidos y suspender, hacerlo siempre con estomago lleno, iniciar mañana a primera hora .

II. METRONIDAZOL TABLETAS 500 MG USO HUMANO # 8
Administrar via oral 1/2 de tableta cada 12 horas durante 5 días seguidos y suspender, hacerlo siempre con estomago lleno, iniciar mañana a primera hora

III. TRAUMEEL TABLETAS USO HUMANO/VETERINARIO #FSCO
Administrar via oral 1 tableta cada 12 horas durante 15 días seguidos y suspender

V. FAMOTIDINA 10 MG TABLETAS USO HUMANO #5
Administrar via oral 1/2 de tableta cada 12 horas durante 5 días seguidos y suspender

VI. NICILAN 250 MG TABLETAS USO VETERINARIO # 5
Administrar via oral 1/2 tableta cada 12 horas durante 5 días seguidos y suspender, hacerlo siempre con estomago lleno, iniciar mañana a primera hora .

VII. ENTEROGERMINA AMPOLLA USO HUMANO # 8
Administrar via oral 1 ampolla cada 24 horas durante 5 días seguidos y suspender.

RECOMENDACIONES

1. Control 04/11 (Agendar previamente)
2. Tenga en cuenta que cada organismo es dinámico y responde de manera individual, la evolución del tratamiento dependerá de la condición particular del paciente y de su respuesta al manejo en casa
3. Si presenta decaimiento, inapetencia, debilidad, vómitos, diarreas, cualquier alteración en su estado por favor informar de inmediato
4. Realizar interconsulta con cardiologia
5. El paciente se entrega voluntariamente, declinando el manejo intrahospitalario, la tenedora fue informada de la condición del paciente y las implicaciones que conlleva retirarlo del hospital, la tenedora comprende y consiente el retiro.

Nombre persona que recibe al animal		FIRMA
Diego Tame Médico Veterinario	21509 TP	Dr. Diego Andres Tame C. Médico Veterinario Zootecnista T.P. 21509 FIRMA

KENNEDY | BOGOTÁ	ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS CPS 800 DE 2025 **ENTREGA SATISFACTORIA DE MASCOTA**	CONSORCIO PVBA KENNEDY 2025-2

Fecha: 31/05m/25

Yo Nohora Lucy Rojas C Actuando en calidad de persona mayor de edad con C.C : 51802917 de Bta TENEDOR Y/O RESPONSABLE de la Mascota con nombre y características descritas en este documento; por medio del presente escrito (de manera libre y espontánea, sin ninguna clase de presión) DECLARO recibir en buenas condiciones, después de los PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTOS, CIRUGIA (S) Y AYUDAS DIAGNOSTICAS REALIZADAS.

PACIENTE: Hany

HISTORIA: 17

RAZA: Criollo

ESPECIE: Canino

SEXO: Macho

Me comprometo a abstenerme de realizar escritos, publicaciones en las redes sociales en la página WEB de la clínica, frente a opiniones personales ante las inconformidades, sin antes haber agotado los procedimientos internos y procesos de responsabilidad judicial en los que se hallan fallado a mi favor, ello atendiendo al Derecho Constitucional de la presunción de inocencia. Y en caso, de no cumplir con ello, tengo claro que puede llegar a responder por el pago de una indemnización de carácter económica por perjuicios causados.

Se me ha explicado la formula médica entregada por el médico tratante y entiendo que es mi responsabilidad seguir las recomendaciones médicas para que el paciente presente una evolución favorable.

Por ser un documento que contiene una obligación expresa, clara y exigible presta Mérito Ejecutivo.

Nohora Lucy R
Tenedor o persona autorizada
C.C 51802917
Tel 3168156267

Dr. Diego Andrés Tovar C
Médico Veterinario Zootecnista
T.P 21509

Médico Veterinario
T.P 21509

CONSENTIMIENTO: Quien registra sus datos, 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, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable.

CONTRATO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS 800 DE 2025

Datos del paciente:

Nombre	Kany
Especie	Criollo - Canino
Sexo	Macho
Raza	Criollo

Lugar de la urgencia y UPZ (Dirección en donde se presenta la urgencia y UPZ)

Alpotrero

Descripción de la situación

Canino Cursante presenta episodio de Vomito Diarrea Dolor abdominal y dental falta de Apetito Adelgazamiento y

Para garantizar una adecuada recuperación de los animales atendidos, es fundamental contar con el apoyo de la persona que reporta el caso, quien en lo posible pueda recibir al animal una vez sea dado de alta.
Por lo tanto, una vez el animal sea dado de alta del servicio médico, quedará bajo la custodia y responsabilidad de la persona que reportó el caso o de quien haya asumido el rol de cuidado (rescatista, proteccionista o cuidador/a).
o en su defecto tener en cuenta que en caso de que el animal no cuente con tenedor conocido (animal en condición de calle) y de no contar con disponibilidad en la red de hogares de paso para recibirlo, el animal deberá ser reubicado nuevamente en el lugar de procedencia.

El presente consentimiento es firmado libre de toda presión de terceros incluyendo los médicos veterinarios y demás personal de la clínica veterinaria o Consorcio Pyba Kennedy 2025-2. Declaro con mi firma que entiendo el pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero, a Consorcio Pyba Kennedy 2025-2 y a la clínica veterinaria Animalveter, Alcaldía Local de Kennedy , de toda responsabilidad civil, legal, contractual y extracontractual en virtud del servicio prestado al animal en condición de vulnerabilidad.

Quien registra sus datos, 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, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable.

Dr. Diego Andrés Torres B.
Médico Veterinario Zootecnista
T.P. 21599

FIRMA DEL MÉDICO VETERINARIO
NOMBRE COMPLETO
T.P: 21599

FIRMA APOYO A LA SUPERVISIÓN
NOMBRE COMPLETO
C:C:

FIRMA PERSONA QUE REPORTA EL CASO
NOMBRE COMPLETO
CC:

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA, CIRUGIA Y HOSPITALIZACIÓN

FECHA: 29 10 25

Las partes contratantes se encuentran en pleno uso de sus facultades mentales y no han sido declaradas incapaces judicialmente, por lo tanto, suscriben el presente contrato de prestación de servicio de SEDACIÓN-ANESTESIA, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y/O HOSPITALIZACIÓN a mascotas domésticas y que se regirá por las siguientes clausulas.

DATOS DEL RESPONSABLE

Nombre completo	Nohora Lucy Lopez E
Documento	51802912 7
Teléfono	3168756262

DATOS DEL PACIENTE

Nombre	Harry
Especie	Canino
Sexo	Macho
Edad	12 años

OBLIGACIONES DEL TENEDOR

1. El Tenedor, propietario y/o acudiente una vez dado de alta el animal se hará responsable de los cuidados del mismo.

2. El Tenedor, propietario y/o acudiente, manifiesta que le fueron informados los resultados de los exámenes prequirúrgicos.

3. El Tenedor, propietario y/o acudiente manifiesta que conoce y acepta que existe el riesgo de paro cardiaco y/o respiratorio, convulsiones, sueño profundo,

RECOMENDCIONES GENERALES PARA EL PRESENTE PROCEDIMIENTO

1. El Tenedor, propietario y/o acudiente, conoce y acepta que durante la hospitalización, o procedimiento realizado el paciente puede presentar riesgos de paro cardiaco y/o respiratorio, convulsiones, sueño profundo, hipotensión, hipotermia, coma, perdida de la conciencia, metabolización lenta y prolongada de medicamentos, cambios hemodinámicos, hemorragias, atonía intestinal, inmunosupresión, alergias, infecciones secundarias, infestaciones por ectoparásitos y fallecimiento cabe aclarar que las probabilidades de ocurrencia de estos eventos están sujetos al estado clínico y/o idiosincrasia farmacológica de cada paciente. Por lo tanto, El Cliente, propietario y/o acudiente, exime de toda responsabilidad disciplinaria, legal, civil y/o penal a clínica Animalveter.

2. La información será suministrada únicamente a la persona que figura como responsable del animal, y se permitirá la visita de la persona que figura como responsable del animal en los horarios establecidos por la clínica Veterinaria.

OBLIGACIONES DE CLÍNICA ANIMALVETER.

1. Obrar con Diligencia, Responsabilidad y Ética, asegurar todos los recursos científicos y tecnológicos a nuestro alcance para asegurar la recuperación del paciente.

2. Utilizar elementos quirúrgicos debidamente esterilizados.

3. Usar los elementos y medicamentos propios del procedimiento.

4. Explicar los riesgos del procedimiento.

5. No dar de alta al paciente hasta que se encuentre en condición que se pueda manejar en su hogar habitual.

6. Avisar al apoyo a la supervisión de la Alcaldía Local de Kennedy cualquier episodio, accidente o novedad que ocurra con el paciente, a la mayor brevedad posible, contactando para ello a través del teléfono, WhatsApp o correo electrónico.

7. No entregar los datos personales suministrados a ninguna persona natural o jurídica.

OBLIGATORIEDAD DEL CONTRATO.

Entiendo y me comprometo a abstenerme de realizar escritos, publicaciones en las redes sociales y/o en la página WEB de la clínica, frente a opiniones personales ante las inconformidades, sin antes haber agotado los procedimientos internos y de responsabilidad judicial en los que se haya fallado a mi favor ello atendiendo al derecho

constitucional de la presunción de inocencia. Y en caso de no cumplir con ellos, tengo claro que puedo llegar a responder por el pago de una indemnización de carácter económica por perjuicios causados.

Mediante la firma del presente documento declaro que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones que he precisado, aclarándome todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico del tratamiento, así como a los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir

CONSENTIMIENTO: Quien registra sus datos, 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, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente y/o propietario.

Autorizo SÍ(x)/ NO

En constancia se firma

Alvaro Luis Rojas E

Firma del responsable

Documento de identidad: 5180291?

Teléfono: 3168756262

Karen Espinosa Rodriguez

Firma del apoyo a la supervisión

Documento de identidad:

Dr. Diego Andres Diaz G.
Médico Veterinario Zootecnista
TP 21500

Firma médico veterinario

Documento de identidad:

FORMATO HOSPITALIZACIÓN PACIENTE Nany

Animalveter

03/Nov/25

Alta

DATOS DEL PACIENTE			
ESPECIE	Canino	HORA DE INGRESO	FECHA INGRESO: 01 / 11 /25
RAZA	Poodle		8:30 pm
SEXO	Hembra	MÉDICO TRATANTE	Lizbeth Cortes
TEMPERAMENTO	Docil/Nervioso	DX PRESUNTIVOS	Hostil S
ALIMENTACION	N2	DX FINAL	
PESO	5,2 kg	PRONÓSTICO	Reservado
EDAD	10 años	PROPIETARIO	Camila Cardenas
TELEFONO			
EXAMENES SOLICITADOS	Perfil cardiologico + leptovet, ecografia abdominal		

MOTIVO DE CONSULTA

La propietaria reporta que supio de entornos psicologicos frecuentes al estornudar la se controlo el cuadro pero notaron que tenia una masa en la glandula mamaria inguinal derecha al examen clinico presenta aseite dolor leve a la palpacion de la zona, tumor, dolor, calor y eritema aparente secreción se solicita interconsulta con cardiologia por la edad de la perra + posible soplo

Fecha	Hora de medicación	Fecha	Hora de medicación
03/11/25	12 pm medicado		

FLUIDOTERAPIA

TIPO DE GOTEO	FLUIDO	MTO	ML/HR	GOTAS/SEG
Microgoteo	LR	129,8 ml/24h	10a ml/h	2 gotas/seg

REPOSICIÓN DESHIDRATACIÓN

MONITOREO DIARIO

FECHA	01/11/2023		02/11/2025		03/11/25							
TURNO	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
APETITO		No	no	no	Vo	NO						
SED		No	no	no	Vo	NO						
E. ANIMO		Decaido	Decaido	Decaido	Decaido	Decaido						
TEMPERATURA		39	39.9	39.5	39.6	39,1						
ORINA		No	NL	SI	Si	SI						
M. FECAL		No	NL	NO	No	NO						
FC		62	120	100	110	121						
FR		Sobre	36	40	32	39						
PULSO		FCS	FSC	FCS	FSC	FSC						
TRPC		3seg	3"	3"	2"	3						
TLLC		2seg	2"	2"	2"	2						
%DH		4%	<5%	5%	4%	-						
SX NEUR		No	no	NO	—	NO						
VOMITOS		No	no	NO	—	NO						
COLOR MUCOSAS		Rosadas	rosa	Rosa	Rosa	Rosa						

MEDICACIÓN INTRAHOSPITALARIA

FÁRMACO	DOSIS	CANTIDAD	FREC	VÍA	2-11-2025		3-11-25									
					AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Dipirona	75mg	0,2 ml	BID	IV	Gf	DD	JS	LA								
Omeprazol	0,7mg	0,9 ml	BID	IV	Gf	DO	JS	LA								
Amikacina	5ml	2,6ml	SID	IV int	///	?	JS	///								
Pregabalina		1cap 25mg	Dosis unica	PO	NH	C	A	N	C	E	L	A	D	O	—	—
Tramadol	—	1 tab	BID	PO	Gf	DD	JS	LA								
Cefalotina	15mg	0,78 ml	BID	IV	Gf	DD	JS	LA								
Heparina	15mg	15,6ml	BID	IV int	Gf	DD	JS	LA								
Lyrica	2mg	0,6ml	BID	PO	///	NH	///	NH								
Meloxicam	0,1mg	0,1ml	SID	SC				LT	///		///					