	ALCALDIA LOCAL DE KENNEDY	CONSORCIO PYBA KENNEDY 2025
	PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS	
	CPS 800 2025	
	HISTORIA CLINICA	

HC		**Microchip: Se implanta en clinica**	**X**	**SI**		**NO**	**X**	**FECHA**	**16/10/2025**

1. Datos del paciente

NOMBRE:	ANGEL	ESPECIE	FELINO	RAZA:	DPC	SEXO	MACHO
EDAD:	3AÑOS	PESO	3,8	TIPO DE PELO	CORTO		
COLOR:	BICOLOR	ESTADO REPRODUCTIVO (Marcar con una x)	ENTERO		ESTERILIZADO		GESTACIÓN
			LACTANCIA		SIN EVIDENCIA		

ORIGEN Y PROCEDENCIA (Marcar con una x)	
HOGAR DE PASO (EN CUSTODIA DE LA RED DE PROTECCIÓN)	
CON TENEDOR RECICLADOR	
CON TENEDOR HABITANTE DE CALLE	
ANIMAL EN CONDICIÓN DE CALLE, SIN TENEDOR CONOCIDO	X
CON TENEDOR EXTRANJERO	

1. Datos de la persona que reporta el caso

NOMBRE:	YOLIMA GOMEZ	C.C		TEL	3222811185
CELULAR:	3222811185	*E MAIL*	*albayagomez63@hotmail.es*		
DIRECCION:	Kr 73D#35-20 sur bloque 10 entrada 31apto 434				

LUGAR DE ORIGEN	Supermanzana 2
UPZ	47 KENNEDY CENTRAL

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente Angel ingresa a consulta, con historial de inapetencia, decaído, postrado, vómito, heridas acuosas en pulpejos (posibles ampollas). presenta ataxia, incapacidad de incorporarse, debilidad generalizada, gingivoestomatitis felina, enfermedad periodontal 4/4, secreción bucal mucoide/con pus, mm pálidas, secreción ocular, tiempo de retorno de pliegue cutáneo >5 seg, dolor en boca, dolo a la palpación abdominal generalizado, pelo hirsuto.

ENFERMEDADES ANTERIORES:	NR					
CIRUGIAS PREVIAS:	NR					
ALIMENTACION:	NR					
VIVE CON MAS ANIMALES	SI	NR	NO		CUALES	
ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN Y DESPARASITACIÓN:	NR					
ULTIMA VACUNA (fecha y nombre de la vacuna)	NR			NS/NR		
ULTIMA DESPARASITACIÓN (fecha y nombre del producto):	NR			NS/NR		

CONSTANTES FISIOLOGICAS

TEMPERATURA:		**38,9**	**°C**	**FRECUENCIA CARDIACA:**		**100**	**lpm**	**FRECUENCIA RESPIRATORIA:**		**20**
ESTADO DE CONCIENCIA		**Alerta**		**Deprimido**		**Estupor**	X	**Coma**	X	**CONDICIÓN CORPORAL:**	**1/5**
TLLC :	5 seg	**RETORNO DE LA PIEL (Seg)**		5	**% DESHIDRATACION**:		8%	**MUCOSAS**	PALIDAS	
TEMPERAMENTO:		ESTUPOR		**OBSERVACION:**		PACIENTE APTO PARA EUTANASIA				

EXAMEN CLINICO.

N:normal , AN: Anormal, NE: No evaluado

		N	AN	NE			N	AN	NE
1	ESTADO GENERAL				8	GENITOURIONARIO			
2	PIEL Y ANEXOS				9	REPRODUCTIVO			
3	DIGESTIVO				10	LINFOIDE			
4	RESPIRATORIO				11	OIDOS			
5	CARDIOVASCULAR				12	NARIZ			
6	MUSCULO ESQUELETICO				13	OJOS			
7	NEUROLOGICO				14	OTROS			

HALLAZGOS ANORMALES

presenta ataxia, incapacidad de incorporarse, debilidad generalizada, gingivoestomatitis felina, enfermedad periodontal 4/4, secreción bucal mucoide/con pus, mm pálidas, secreción ocular, tiempo de retorno de pliegue cutáneo >5 seg, dolor en boca, dolo a la palpación abdominal generalizado, pelo hirsuto. Debido al mal estado de salud en el cual se encuentra el paciente se solicita realizar eutanasia humanitaria, la cual es autorizada por la proteccionista y por el apoyo a la supervisión por parte de la Alcaldia Local de Kennedy.

LISTA DE PROBLEMAS	**LISTA MAESTRA**			**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**		
//////////			I	//////////	//////////	
//////////	//////////	//////////	II	//////////	//////////	
//////////	//////////	//////////	III	//////////	//////////	
//////////	//////////	//////////	IV	//////////	//////////	
//////////	//////////	//////////	V	//////////	//////////	
//////////	//////////	//////////	VI	//////////	//////////	
//////////	//////////	//////////	VII	//////////	//////////	

PLANES DIAGNOSTICOS				PLANES TERAPEUTICOS		
Fecha	Examen realizado.			1	//////////	//////////
//////////	//////////	//////////		2	//////////	//////////
//////////	//////////	//////////		3	//////////	//////////
//////////	//////////	//////////		4	//////////	//////////
//////////	//////////	//////////		5	//////////	//////////
//////////	//////////	//////////		6	//////////	//////////
//////////	//////////	//////////		7	//////////	//////////
//////////	//////////	//////////		8	//////////	//////////

DIAGNOSTICO(S) DEFINITIVO(S):		EUTANASIA				
PRONOSTICO:	Bueno		Reservado		Malo	X
Médico Veterinario y T.p	DIEGO TOME 21509					