

**INFORME EJECUCIÓN DEL CONTRATO C-MS-MC-042-2025 - INVITACIÓN DE
MÍNIMA CUANTÍA NO. PC-MS-MC-048-2025 CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE
SERVICIOS PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE
ESTERILIZACIÓN DE CANINOS (PERROS) Y FELINOS (GATOS), HEMBRAS Y
MACHOS, EN EL MUNICIPIO DE SOMONDOCO BOYACÁ, CON EL FIN DE
PROMOVER EL CONTROL POBLACIONAL, LA TENENCIA RESPONSABLE DE
ANIMALES DE COMPAÑÍA Y LA SALUD PÚBLICA, EN CUMPLIMIENTO DE LAS
METAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO TODO PUEDE SER MEJOR
2024 – 2027."**



14 de Diciembre de 2025

Somondoco, 15 de diciembre 2025

Doctores

GERMAN RICARDO ROBAYO HEREDIA

Alcalde Municipal de Somondoco (Boy)

JIMENA ALEXANDRA NIETO MUÑOZ

Secretaria General y de Gobierno

E. S. D.

REF. INFORME EJECUCIÓN DEL CONTRATO C-MS-MC-042-2025 - INVITACIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA NO. PC-MS-MC-048-2025

Por medio del presente documento me permito rendir informe escrito y fotográfico de la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE ESTERILIZACIÓN DE CANINOS (PERROS) Y FELINOS (GATOS), HEMBRAS Y MACHOS, EN EL MUNICIPIO DE SOMONDOCO BOYACÁ, CON EL FIN DE PROMOVER EL CONTROL POBLACIONAL, LA TENENCIA RESPONSABLE DE ANIMALES DE COMPAÑÍA Y LA SALUD PÚBLICA, EN CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO TODO PUEDE SER MEJOR 2024 – 2027.”**

Con el fin de dar cumplimiento al **CONTRATO C-MS-MC-042-2025 - INVITACIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA NO. PC-MS-MC-048-2025**

A continuación, se describe cada una de las actividades ejecutadas, así:

1. Durante la Jornada de esterilización fueron dirigidas a la comunidad Charlas Pedagógicas para sensibilizar acerca de la tenencia responsable de mascotas, aspectos básicos a tener en cuenta para tomar la decisión de esterilizar y cuidados pos quirúrgicos. Socialización del decreto 780/2017 título 5 y la ley 1801 de 2016 o código nacional de policía, tenencia responsable de mascotas y prevención de enfermedades zoonóticas.

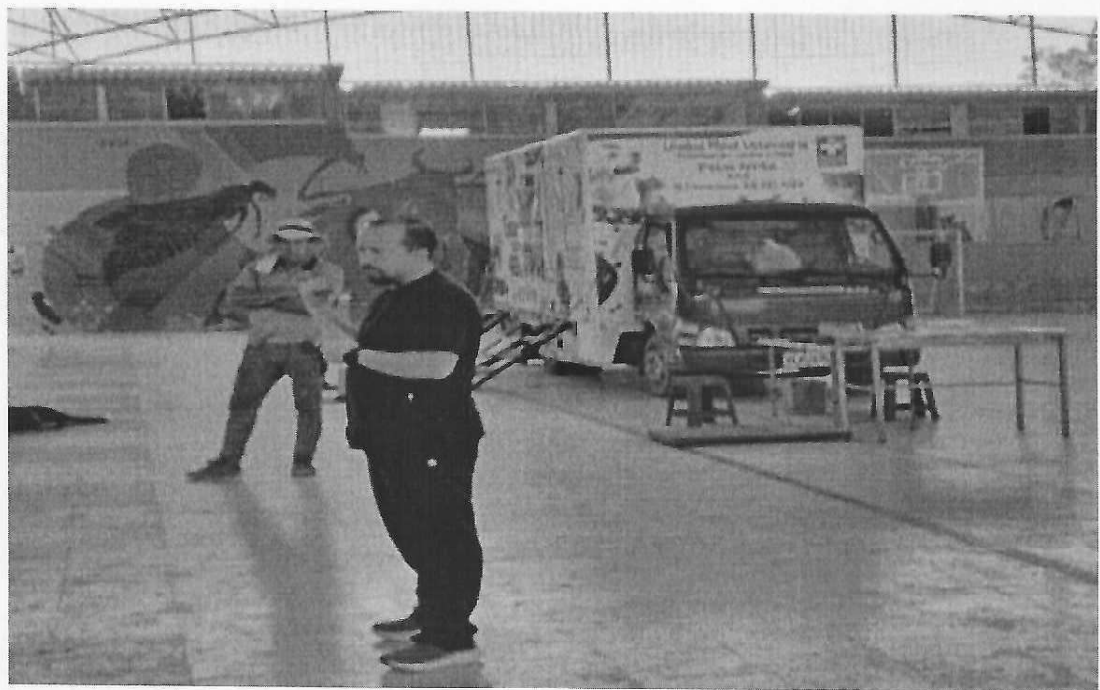
Tenencia responsable de mascotas

Orientación y prevención de las enfermedades zoonóticas.

Cuidados post quirúrgicos a una esterilización.







Se realizaron en total **VEINTINUEVE (29)** procedimientos quirúrgicos de esterilización quirúrgica bajo la técnica lateral para hembras (se adjunta copia de historias clínicas) estos se describen a continuación:

ESPECIE	HEMBRAS	MACHOS	TOTAL
CANINOS	11	5	16
FELINOS	9	4	13
TOTAL	20	9	29

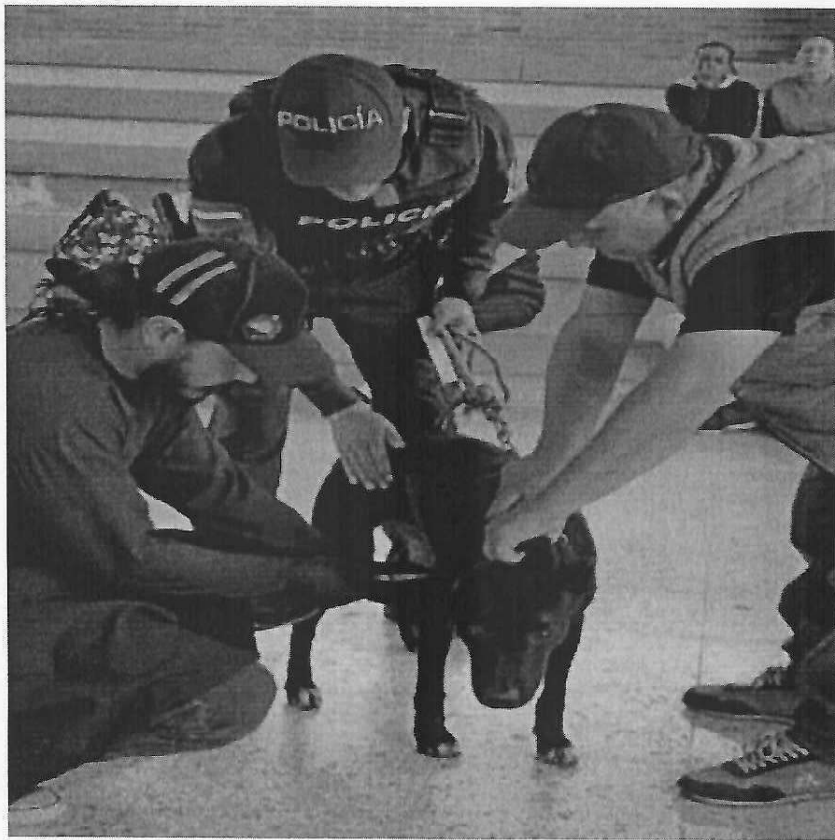
Para la realización de los **VEINTINUEVE (29)** procedimientos se realizó EXAMEN CLÍNICO A CADA UNO DE LOS PACIENTES, SOCIALIZACIÓN Y FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO donde se explican los riesgos de la cirugía y los cuidados pos-quirúrgicos que deben tener los propietarios luego de cada uno de los procedimientos.











as Cirugías en mención se realizaron en una Unidad Móvil Quirúrgica Veterinaria Compacta es un vehículo Marca Chevrolet NKR III Modelo 2007, este consta de tres diferentes áreas completamente aisladas la una de la otra, es así como en la primera se preparan los animales realizando la anestesia pre quirúrgica, esta área cuenta con mesa de preparación en acero inoxidable, área temporal de residuos peligrosos y no peligrosos, corto punzantes y almacenamiento de medicamentos.

Posteriormente el área de Quirófano es el lugar donde se realizan las cirugías, esta zona cuenta con dos mesas en acero inoxidable y área temporal de residuos peligrosos, no peligrosos, corto punzantes, oxígeno medicinal, cada vez que se realiza un procedimiento se realiza desinfección del área y cambio del instrumental

Y por último la unidad cuenta con una zona de recuperación la cual consta de un sistema de oxígeno medicinal y condiciones aptas para el manejo cómodo e higiénico del animal operado.

	
Área de Preparación	Área quirúrgica
	
Área de Recuperación	Almacenamiento Central

Para el desarrollo del contrato se contó con un stock amplio de insumos para la realización de prácticas de asepsia y antisepsia en pisos, muebles y paredes, igualmente

para desinfectar equipo médico no crítico que entra en contacto con la piel intacta del paciente los desinfectantes fueron: Glutaraldehído al 2%, Jabón enzimático quirofano Biosafe-GT (Didecildimetilamonio – cloruro 2.88g, Dioclidimetil amonio-cloruro 1.92g, Oclylecilmetil amonio- cloruro 4.8g, Alkyldimetil benciamonio- cloruro 6,4g).

Con respecto al Procedimiento Quirúrgico se contó con un amplio Stock de medicamentos compuesto por sedantes y anestesia general de administración intravenosa e intramuscular así: Tranquilizante y preoperatorio: xilacina, acepromacina, atropina, Anestesia: ketamina, propofol, zoletil.

En cuanto al Material de cirugía para cierre de heridas como sutura interna absorbible y sutura externa monofilamento no absorbible se contó con suficiente cantidad de sutura absorbible tanto interna como externa. Además de medicamentos para terapia analgésica y antibióticos de amplio espectro.

Para finalizar la unidad está prevista de instrumental médico quirúrgico necesario para garantizar el desarrollo de actividades propias en las áreas o zonas pre- quirúrgica, quirúrgica y pos-quirúrgica, tales como; Barbera manual, Bascula, Cuchilla para maquina #10, Cuchilla para maquina #50, Máquina de peluquería profesional proclip, Tatuadora de mascotas, Fonendoscopios III generación, termómetros, Ambu, Bandeja para instrumental (samovar), Pinza kelly curva hemostática, Pinza kelly recta hemostática, Pinza pean-rochester recta hemostática, Pinza pean-rochester curva hemostática, Porta agujas mayo, Tijeras metzembaund recta para tejidos, Linterna Led Luz Blanca, Elementos no reutilizables - desechables (guantes, tapabocas, campos quirúrgicos, jeringas y otros) Bata de cirugía manga larga con puño resorte, Batas de cirugía, Delantal industrial de protección, careta, Autoclave, Oxígeno medicado, Cal viva, Hidrolavadora K1.

En cuanto al personal, se contó con mano de obra calificada y no calificada necesaria para desarrollar el trabajo dando cumplimiento a lo contratado (bajo la responsabilidad del contratista asumiendo los costos de los mismos).

Conclusiones

Los procedimientos se realizaron según listado aportado por la Alcaldía Municipal

Se realizaron 29 cirugías entre caninos y felinos y hembras.

Para garantizar el normal desarrollo y cumplimiento del contrato suscrito con el Municipio, se estuvo bajo supervisión del la Dra. **JIMENA ALEXANDRA NIETO MUÑOZ, Secretaria General y de Gobierno**

Recomendaciones:

Para controlar la sobrepoblación canina y felina se recomienda intensificar las Jornadas de Esterilización.

Realizar continuamente sensibilización a la comunidad mediante charlas de Tenencia Responsable de animales, Código de Policía y demás normatividad concordante.

Adjunto al presente informe :

1. FACTURA ELECTRÓNICA Número de Factura: FE-37
2. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL DICIEMBRE 2025
3. COMPROBANTE DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DICIEMBRE 2025
4. HISTORIAS CLÍNICAS DIGITALES
5. COPIA DE LISTADO DE CAPACITACIÓN
6. LISTADO DE CANINOS Y FELINOS INTERVENIDOS

Atentamente,



DANIEL HUMBERTO MARTINEZ ROLDAN
Representante Legal
C.C 1049606687 DE TUNJA
Correo: umvpatasarriba@gmail.com



UNIDAD MÓVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS
NIT. 901249974-7

FORMATO DE ASISTENCIA A CAPACITACION

TEMA: Tenencia Responsable de Animales de Compañía / Condiciones pre operatorias y Cuidados post operatorios de los pacientes cx Esterilización Canina y Felina.		MUNICIPIO: San Andrés CASANARE
		SECTOR: <u>Centro</u>
		FECHA: <u>24/12/2025</u>

N°	RESPONSABLE DE LA MASCOTA	CANINO	FELINO	NOMBRE DE LA MASCOTA	FIRMA o Vobo TESTIGO MUNICIPIO
1	Dna Cruz Bohorquez		X	Milu	<i>[Signature]</i>
2	Adelaida Gairindo R		X	Sasori	<i>[Signature]</i>
3	Hiram Bohorquez		X	Pagui-ta	Hiram B.
4	Miriam Bohorquez		X	Lupita	Miriam B.
5	Yenel Janeth Gait		X	Bely	<i>[Signature]</i>
6	Alexs Pérez		X	Jamara	<i>[Signature]</i>
7	Alexs Pérez		X	Gris	<i>[Signature]</i>
8	Elia Lopez		X	Perita	Elia M.
9	Laura Jasmína Bermúdez		X	Pachito	Laura Jasmína Bermúdez
10	Regelio Ariza	X		Zeus	<i>[Signature]</i>

Responsable: DANIEL HUMBERTO MARTINEZ ROLDAN
Entidad: UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS



TEMA: Tenencia Responsable de Animales de
Compañía / Condiciones pre operatorias y
Cuidados post operatorios de los pacientes cx
Esterilización Canina y Felina.

MUNICIPIO: Somondoco FECHA: 14 / 12 / 25

N°	RESPONSABLE DE LA MASCOTA	CANINO	FELINO	NOMBRE DE LA MASCOTA	FIRMA o Voto TESTIGO MUNICIPIO
1	Rogelio Ariza	1		Negra. Calle.	
2	Rogelio Ariza	1		Negrita. Calle.	
3	Rogelio Ariza	1		Aguarillo	
4	Rogelio Ariza	1		Aguarillo oso	
5	Rogelio Ariza	2		Negrita. Calle.	
6	Rogelio Ariza	0		Negrita. Calle.	
7	Rogelio Ariza	1		Negrita	
8	Hauricio Fernandez	1		Nuteca	
9	Blanca Floris	1		dango	
10	Alonso Rodríguez	1		Antanella	

Responsable: Dr. David Rodríguez MD
Entidad: AVC PA SNAJ



ALCALDE MUNICIPIO DE SAN MARCOS
MAYOR
FOMENTO DE ASISTENCIA VETERINARIA ALCAN

TEMA: Tenencia Responsable de Animales de Compañía / Condiciones pre operatorias y Cuidados post operatorios de los pacientes ex Esterilización Canina y Felina.

MUNICIPIO: San Marcos FECHA: 14 / 12 / 25

N°	RESPONSABLE DE LA MASCOTA	CANINO	FELINO	NOMBRE DE LA MASCOTA	FIRMA o Voto TESTIGO MUNICIPIO
1	Juan Sebastian Parada Huñor	X		Pistacha Parada.	
2	Juan Andres Ruiz Lopez	X		aicha	Juan Ruiz
3	Sindy Novoa Taves	X		Lai Ka	Sindy Novoa
4	Sindy Novoa Torres		X	Mlong	
5	Ana Yobeyi Daza	X		Lhna	
6	Hariana Baray Tigre	X	X	Ron - Gogui	Hariana Baray T.
7	Maria Camila Alfonso	X		ITI	Maria camila Al.
8	Angie Lueth Bonóquer Peullo		X	Nala	Angie Bonóquer
9	Manuel Argueta Benayza		X	mancha	
10					

Responsable: Dr. Daniel Huñor
Entidad: UVC PASA

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		
	"ESTERILIZANDO ANDO"		VERSION:
	FORMATO		CODIGO:
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO			FECHA:

HISTORIA CLINICA N° <u>3</u>	FECHA: <u>14</u> <u>12</u> <u>26</u>
------------------------------	--------------------------------------

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Paguita</u>		RAZA:
ESPECIE:	CANINO: ☐	FELINO: ☒	EDAD: <u>4</u> AÑOS <u>2</u> MESES
GENERO:	HEMBRA: ☒	MACHO: ☐	COLOR: <u>Gris con Blanco</u>

DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Miriam Bohargue</u>
DIRECCION:	<u>V. Bohargue</u>
CEDULA:	<u>24 120 503</u>
TELEFONO:	<u>310 851 4575</u>

EXÁMEN CLÍNICO			
ANAMNESIS:			
VACUNAS:	SI ☒ NO ☐	DESPARASITACIÓN:	SI ☐ NO ☒
PESO:	<u>24</u> KG	ACTITUD:	<u>Alerta</u>
MUCOSAS:	<u>RP</u>	PULSO:	<u>186</u> PPM
TEMPERATURA:	<u>38.6</u> °C	FREC. CARD:	<u>2</u> LPM
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLEVADO CAPILAR:	<u>ND</u>
		ENFERMEDAD APARENTE:	<u>ND</u>

FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg
ANESTESIA	KEتامina	5 mg/kg
	PROPOFOL	2 mg/kg
POST- QUIRURGICO	AMOXISOL LA	20 mg/kg
	MELoxicam	0.2 mg/kg

RESPIRACION:	<u>CM</u>
COND. CORP.	<u>3</u>
FREC. RESP.	<u>36</u> RPM
ASA:	<u>I</u>
ULTIMO CULO	<u>ND</u>

OBSERVACIONES:	
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: <u>Miriam Bohargue</u>	

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:	
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro <u>RECHAZAR</u> la realización de <u>EXAMENES PRE QUIRURGICOS</u> sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo <u>TATUAR</u> aún bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de pérdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Ad mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta 7. Acuso recibo formula de medicamentos , recomendaciones y cuidados post - operatorios	

<u>Miriam Bohargue</u> NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEDULA <u>24 120 503</u>	En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, informacion completa sobre el procedimiento quirurgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomia (Hembras), Orquiectomia (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirurgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, además dar la autorización para <u>TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA</u>
---	---

<table style="width:100%;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>MIT</td> <td>\$ <u>20000</u></td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$ TALLA <u> </u></td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$ <u>20000</u></td> </tr> <tr> <td>MODO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table>	VALOR CIRUGIA	\$	MIT	\$ <u>20000</u>	CAMISA	\$	COLLAR	\$ TALLA <u> </u>	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$ <u>20000</u>	MODO DE PAGO	EFFECTIVO		BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEQUI		CAJA SOCIAL	<table style="width:100%;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td><u>17900</u></td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td><u>20003</u></td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u> </u></td> <td>TP.</td> <td><u> </u></td> </tr> </table> <table style="width:100%;"> <tr> <td>DEBE</td> <td>SALDO</td> <td>PAGO</td> </tr> </table>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>17900</u>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>20003</u>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u> </u>	TP.	<u> </u>	DEBE	SALDO	PAGO
VALOR CIRUGIA	\$																																							
MIT	\$ <u>20000</u>																																							
CAMISA	\$																																							
COLLAR	\$ TALLA <u> </u>																																							
CLORHEXIDINA	\$																																							
TOTAL	\$ <u>20000</u>																																							
MODO DE PAGO	EFFECTIVO																																							
	BANCOLOMBIA																																							
	DAVIPLATA																																							
	DATAFONO																																							
	NEQUI																																							
	CAJA SOCIAL																																							
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>17900</u>																																					
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>20003</u>																																					
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u> </u>	TP.	<u> </u>																																					
DEBE	SALDO	PAGO																																						

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		VERSION:																								
	"ESTERILIZANDO ANDO"		CODIGO:																								
	FORMATO		FECHA:																								
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO																											
HISTORIA CLINICA N° <u>4</u>		FECHA: <u>04 MAR 20</u>																									
DATOS DEL PACIENTE																											
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Lupita</u>		RAZA: <u>Criollo</u>																								
ESPECIE:	CANINO: ☐	FELINO: ☒	EDAD: <u>2</u> AÑOS <u>X</u> MESES																								
GENERO:	HEMERA: ☒	MACHO: ☐	COLOR: <u>Gris</u>																								
DATOS DEL PROPIETARIO																											
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Miriam Bohorques</u>		CEDULA: <u>24120503</u>																								
DIRECCION:	<u>V Bohorques</u>		TELEFONO: <u>3105514671</u>																								
EXÁMEN CLÍNICO																											
ANAMNESIS:																											
VACUNAS:	SI ☒ NO ☐	DESPARASITACIÓN:	SI ☐ NO ☒																								
PESO:	<u>3.1</u> KG	ACTITUD:	<u>Alerta</u>																								
MUCOSAS:	<u>R8</u>	PULSO:	<u>191</u> PPM																								
TEMPERATURA:	<u>38.4</u> °C	FREC CARD:	<u>2</u> LPM																								
GLANDULAS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLEVADO CAPILAR	<u>2</u> "																								
		ENFERMEDAD APARENTE	<u>NO</u>																								
FASE PROCEDIMIENTO		MEDICAMENTO	DOSIS																								
PREANALGESICO		XILACINA	1 mg/kg																								
ANESTESIA		KEAMINA	5 mg/kg																								
POST- QUIRURGICO		PROPOFOL	2 mg/kg																								
		AMOXISOLLA	20 mg/kg																								
		MELOXISOLAM	0.2 mg/kg																								
OBSERVACIONES:																											
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: <u>Miriam Bohorques</u>																											
CONSENTIMIENTO INFORMADO																											
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:																											
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR aún bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de pérdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Al mismo tiempo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post - operatorios																											
<u>Miriam Bohorques</u> NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEDULA <u>24120503</u>		En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>KIT</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CLOHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </table>		VALOR CIRUGIA	\$	KIT	\$	CAMISA	\$	COLLAR	\$	CLOHEXIDINA	\$	TOTAL	\$	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>17900</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td></td> </tr> </table>		CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	
VALOR CIRUGIA	\$																										
KIT	\$																										
CAMISA	\$																										
COLLAR	\$																										
CLOHEXIDINA	\$																										
TOTAL	\$																										
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900																								
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003																								
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> <td></td> </tr> </table>		MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO			BANCOLOMBIA			DAVIPLATA			DATAFONO			NEQUI			CAJA SOCIAL		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>DEBE</td> <td>SALDO</td> <td>PAGO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		DEBE	SALDO	PAGO			
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO																										
	BANCOLOMBIA																										
	DAVIPLATA																										
	DATAFONO																										
	NEQUI																										
	CAJA SOCIAL																										
DEBE	SALDO	PAGO																									

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		VERSION:																								
	"ESTERILIZANDO ANDO"		CODIGO:																								
	FORMATO		FECHA:																								
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO																											
HISTORIA CLINICA N° <u>5</u>		FECHA: <u>04</u> <u>12</u> A <u>25</u>																									
DATOS DEL PACIENTE																											
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Be K1</u>		RAZA: <u>crisol</u>																								
ESPECIE:	CANINO: ☐	FELINO: ☒	EDAD: <u>8</u> AÑOS <u>2</u> MESES																								
GENERO:	HEMERA: ☒	MACHO: ☐	COLOR: <u>Amarrillo</u>																								
DATOS DEL PROPIETARIO																											
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Karen Ortiz</u>		CEXULA: <u>1014 098244</u>																								
DIRECCION:	<u>Centro</u>		TELEFONO: <u>310 202 2587</u>																								
EXAMEN CLINICO																											
ANAMNESICOS:																											
VACUNAS:	SI ☒ NO ☐	DESPARASITACION:	SI ☒ NO ☐																								
PESO:	<u>3</u> KG	ACTITUD:	<u>Alerta</u>																								
MUCOSAS:	<u>PR</u>	PULSO:	<u>188</u> PPM																								
TEMPERATURA:	<u>39</u> °C	FREC CARD:	<u>2</u> LPM																								
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLENADO CAPILAR:	<u>ms</u>																								
		ENFERMEDAD APARENTE:																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>FASE PROCEDIMIENTO</th> <th>MEDICAMENTO</th> <th>DOSIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PREANALGESICO</td> <td>XILACINA</td> <td>1 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>ANESTESIA</td> <td>KETAMINA</td> <td>5 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>POST-QUIRURGICO</td> <td>PROPOFOL</td> <td>2 mg/kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AMOXISOL LA</td> <td>20 mg/kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MELORICAM</td> <td>0.2 mg/kg</td> </tr> </tbody> </table>				FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS	PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg	ANESTESIA	KETAMINA	5 mg/kg	POST-QUIRURGICO	PROPOFOL	2 mg/kg		AMOXISOL LA	20 mg/kg		MELORICAM	0.2 mg/kg						
FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS																									
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg																									
ANESTESIA	KETAMINA	5 mg/kg																									
POST-QUIRURGICO	PROPOFOL	2 mg/kg																									
	AMOXISOL LA	20 mg/kg																									
	MELORICAM	0.2 mg/kg																									
OBSERVACIONES:																											
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: <u>Karen O</u>																											
CONSENTIMIENTO INFORMADO																											
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:																											
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR aún bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de pérdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post-operatorios																											
<u>Karen O.</u> NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEXULA <u>1014098244</u>		En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, además <u>dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA</u>																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>VALOR CIRUGIA</th> <th>\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>KIT</td> <td><u>15.000</u></td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td><u>10.000</u></td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td><u>10.000</u> TALLA <u> </u></td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td><u>10.000</u></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td><u>35.000</u></td> </tr> </tbody> </table> MEDIO DE PAGO EFFECTIVO ☐ BANCOLOMBIA ☐ CAJAPLATA ☐ DATAFONO ☐ NEQUI ☐ CAJA SOCIAL ☐ Pendiente		VALOR CIRUGIA	\$	KIT	<u>15.000</u>	CAMISA	<u>10.000</u>	COLLAR	<u>10.000</u> TALLA <u> </u>	CLORHEXIDINA	<u>10.000</u>	TOTAL	<u>35.000</u>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td><u>17900</u></td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td><u>20003</u></td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u> </u></td> <td>TP.</td> <td><u> </u></td> </tr> </tbody> </table>		CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>17900</u>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>20003</u>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u> </u>	TP.	<u> </u>
VALOR CIRUGIA	\$																										
KIT	<u>15.000</u>																										
CAMISA	<u>10.000</u>																										
COLLAR	<u>10.000</u> TALLA <u> </u>																										
CLORHEXIDINA	<u>10.000</u>																										
TOTAL	<u>35.000</u>																										
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>17900</u>																								
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>20003</u>																								
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u> </u>	TP.	<u> </u>																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DEBE</th> <th>SALDO</th> <th>PAGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		DEBE	SALDO	PAGO																							
DEBE	SALDO	PAGO																									

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		
	"ESTERILIZANDO ANDO"		VERSION:
	FORMATO		CODIGO:
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO			FECHA:

HISTORIA CLINICA N° 1

FECHA: 14 12 25

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Milo</u>		RAZA:
ESPECIE:	CANINO: ☐	FELINO: ☒	EDAD:
GENERO:	HEMBRA: ☒	MACHO: ☐	COLOR:
		AÑOS <u>8</u> MESES <u>A</u>	

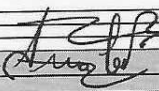
DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Ana Cruz</u>
DIRECCION:	<u>Bohorgues</u>
CEDULA:	<u>24 170637</u>
TELEFONO:	<u>334727483</u>

EXAMEN CLINICO			
ANAMNESICOS:			
VACUNAS:	SI ☐ NO ☒	DESPARASITACION:	SI ☐ NO ☒
PESO:	<u>207</u> KG	ACTITUD:	<u>Alerta</u>
MUCOSAS:	<u>RR</u>	PULSO:	<u>Fuerte</u> PPM
TEMPERATURA:	<u>38.2</u> °C	FREC CARD:	<u>191</u> LPM
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLENADO CAPILAR:	<u>2</u>
		ENFERMEDAD APARENTE:	<u>NO</u>

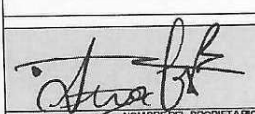
RESPIRACION:	<u>CA</u>
COND. CORP.	<u>3</u>
FREC. RESP	<u>36</u> RPM
ASA:	<u>I</u>
ULTIMO CULO	<u>NO</u>

FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSES
PREANALGESICO	MORFINA	1 mg/kg
ANESTESIA	PROPOFOL	5 mg/kg
POST- QUIRURGICO	AMOXICILINA	2 mg/kg
	MELGAXAM	20 mg/kg

OBSERVACIONES:

DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: 

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO: 1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post-operatorios.	

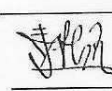
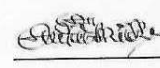


NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE

CEDULA 24 170637

En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, escribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA

VALOR CIRUGIA	\$	
KIT	\$	<u>15.000</u>
CAMISA	\$	<u>10.000</u>
COLLAR	\$	TALLA <u> </u>
CLORHEXIDINA	\$	
TOTAL	\$	<u>25.000</u>
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO	
	BANCOLOMBIA	
	DAVIPLATA	
	DATAFONO	
	NEQUI	
	CAJA SOCIAL	

CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	<u>17900</u>
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	<u>20003</u>
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	

DEBE	SALDO	PAGÓ

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		VERSION:
	"ESTERILIZANDO ANDO"		CODIGO:
	FORMATO		FECHA:
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO			

HISTORIA CLINICA N° <u>2</u>		FECHA: <u>04 MAR 25</u>	
------------------------------	--	-------------------------	--

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Susori</u>		RAZA:
ESPECIE:	CANINO: ☐	FELINO: ☒	EDAD:
GENERO:	HEMERA: ☐	MACHO: ☒	COLOR:
			<u>gris</u>

DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Adelaida Palindo</u>
DIRECCION:	<u>V. Cobacosta</u>
CEDULA:	<u>82924866</u>
TELEFONO:	<u>3002147783</u>

EXAMEN CLINICO			
ANAMNESIS:			
VACUNAS:	SI ☒ NO ☐	DESPARASITACION:	SI ☒ NO ☐
PESO:	<u>3.1</u> KG	ACTITUD:	<u>Alerta</u>
MUCOSAS:	<u>R8</u>	PULSO:	<u>Fuerte</u>
TEMPERATURA:	<u>38.4</u> °C	FREC CARD:	<u>191</u>
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLEVADO CAPILAR:	<u>2</u>
		ENFERMEDAD APARENTE:	<u>ND</u>

RESPIRACION:	<u>CH</u>
CUNEL CORP:	<u>3</u>
FREC RESP:	<u>36</u> RPM
ASA:	<u>I</u>
ULTIMO CELO:	<u>C</u>

FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg
ANESTESIA	KEAMINA	5 mg/kg
POST-QUIRURGICO	PROPOFOL	2 mg/kg
	AMONISOL LA	20 mg/kg
	MELOXISUM	0.2 mg/kg

OBSERVACIONES:	
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: <u>Adelaida</u>	

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:	
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR aún bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de pérdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post-operatorios	

En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA	
NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE: CEDULA: <u>82924866</u>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO: <u>[Firma]</u> TP. <u>17900</u> CIRUJANO/ANESTESIOLOGO: <u>[Firma]</u> TP. <u>20003</u> CIRUJANO/ANESTESIOLOGO: _____ TP. _____

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>KIT</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFECTIVO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table>	VALOR CIRUGIA	\$	KIT	\$	CAMISA	\$	COLLAR	\$	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$	MEDIO DE PAGO	EFECTIVO		BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEQUI		CAJA SOCIAL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>DEBE</td> <td>SALDO</td> <td>PAGÓ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DEBE	SALDO	PAGÓ			
VALOR CIRUGIA	\$																														
KIT	\$																														
CAMISA	\$																														
COLLAR	\$																														
CLORHEXIDINA	\$																														
TOTAL	\$																														
MEDIO DE PAGO	EFECTIVO																														
	BANCOLOMBIA																														
	DAVIPLATA																														
	DATAFONO																														
	NEQUI																														
	CAJA SOCIAL																														
DEBE	SALDO	PAGÓ																													

	UNIDAD MÓVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS			
	"ESTERILIZANDO ANDO"		VERSION:	
	FORMATO		CODIGO:	
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO		FECHA:		

HISTORIA CLINICA N° <u>3</u>		FECHA: <u>01/11/2020</u>	
------------------------------	--	--------------------------	--

DATOS DEL PACIENTE				
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Peguita</u>		RAZA:	<u>Criolla</u>
ESPECIE:	CANINO: ☐	FELINO: ☒	EDAD:	<u>4</u> AÑOS <u>2</u> MESES
GENERO:	HEMERA: ☒	MACHO: ☐	COLOR:	<u>Pelis con Blanco</u>

DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Miriam Bohorques</u>
DIRECCION:	<u>V. Bohorques</u>
CEDULA:	<u>241720503</u>
TELEFONO:	<u>3103514575</u>

EXÁMEN CLÍNICO			
ANAMNESICOS:			
VACUNAS:	SI ☒ NO ☐	DESPARASITACIÓN:	SI ☐ NO ☒
PESO:	<u>2.4</u> KG	ACTITUD:	<u>Alerta</u>
MUCOSAS:	<u>RP</u>	PULSO:	<u>186</u> PPM
TEMPERATURA:	<u>38.6</u> °C	FREC CARD:	<u>2</u> LPM
GAINGLOS:	NORMAL: ☒ ANORMAL: ☐	TIEMPO LLEVADO CAPILAR:	<u>ND</u>
		ENFERMEDAD APARENTE	
		RESPIRACION:	<u>CM</u>
		CONCL. CORP.	<u>3</u>
		FREC RESP	<u>36</u> RPM
		ASA:	<u>I</u>
		ULTIMO CELO	

FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSES
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg
ANESTESIA	RETAMINA	5 mg/kg
POST-QUIRURGICO	PROPOFOL	2 mg/kg
	AMOXISOLINA	20 mg/kg
	MELoxicam	0.2 mg/kg

OBSERVACIONES:	
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: <u>Miriam Bohorques</u>	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:	
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que aporto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR aún bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post-operatorios.	

<u>Miriam Bohorques</u> NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEDULA <u>241720503</u>		En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA	
--	--	---	--

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>INT</td> <td>\$ <u>20000</u></td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$ TALLA _____</td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$ <u>20000</u></td> </tr> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table>	VALOR CIRUGIA	\$	INT	\$ <u>20000</u>	CAMISA	\$	COLLAR	\$ TALLA _____	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$ <u>20000</u>	MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO		BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEQUI		CAJA SOCIAL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>17900</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>DEBE</td> <td>SALDO</td> <td>PAGO</td> </tr> </table>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.		DEBE	SALDO	PAGO
VALOR CIRUGIA	\$																																							
INT	\$ <u>20000</u>																																							
CAMISA	\$																																							
COLLAR	\$ TALLA _____																																							
CLORHEXIDINA	\$																																							
TOTAL	\$ <u>20000</u>																																							
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO																																							
	BANCOLOMBIA																																							
	DAVIPLATA																																							
	DATAFONO																																							
	NEQUI																																							
	CAJA SOCIAL																																							
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900																																					
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003																																					
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.																																						
DEBE	SALDO	PAGO																																						

	UNIDAD MÓVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		
	"ESTERILIZANDO ANDO"		VERSION:
	FORMATO		CODIGO:
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO			FECHA:

HISTORIA CLINICA N° <u>6</u>		FECHA: <u>04</u> <u>12</u> <u>25</u>	
------------------------------	--	--------------------------------------	--

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Lupita</u>		RAZA:
ESPECIE:	CANINO: ☐	FELINO: ☒	EDAD:
GENERO:	HEMERA: ☒	MACHO: ☐	AÑOS: <u>2</u> MESES: <u>8</u>
			COLOR: <u>Grises</u>

DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Miriam Bohorques</u>
DIRECCIÓN:	<u>V Bohorques</u>
CECULA:	<u>24120803</u>
TELÉFONO:	<u>31225514671</u>

EXÁMEN CLÍNICO			
ANAMNESIS:			
VACUNAS:	SI ☒ NO ☐	DESPARASITACIÓN:	SI ☐ NO ☒
PESO:	<u>3.1</u> KG	ACTITUD:	<u>Alerta</u>
MUCOSAS:	<u>P8</u>	PULSO:	<u>191</u> PPM
TEMPERATURA:	<u>38.4</u> °C	FREC CARD:	<u>2</u> LPM
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLENADO CAPILAR:	<u>2</u> "
		ENFERMEDAD APARENTE:	<u>NO</u>
RESPIRACIÓN:	<u>CA</u>	COND. CORP:	<u>3</u>
FREC RESP:	<u>33</u> RPM	ASA:	<u>I</u>
ULTIMO CELD:	<u>2</u>		

FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSES
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg
ANESTESIA	KETAMINA	5 mg/kg
	PROPOFOL	2 mg/kg
POST-QUIRURGICO	AMOXISOLLA	20 mg/kg
	MELONICAM	0.2 mg/kg

OBSERVACIONES:	
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: <u>Miriam Bohorques</u>	

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:	
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR aún bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de pérdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post - operatorios	

<u>Miriam Bohorques</u> NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CECULA <u>24120803</u>	En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS , además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA
---	---

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>KIT</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table>	VALOR CIRUGIA	\$	KIT	\$	CAMISA	\$	COLLAR	\$	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$	MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO		BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEQUI		CAJA SOCIAL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td><u>17900</u></td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td><u>20003</u></td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td></td> </tr> </table>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>17900</u>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>20003</u>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	
VALOR CIRUGIA	\$																																				
KIT	\$																																				
CAMISA	\$																																				
COLLAR	\$																																				
CLORHEXIDINA	\$																																				
TOTAL	\$																																				
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO																																				
	BANCOLOMBIA																																				
	DAVIPLATA																																				
	DATAFONO																																				
	NEQUI																																				
	CAJA SOCIAL																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>17900</u>																																		
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>20003</u>																																		
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.																																			

DEBE	SALDO	PAGO
------	-------	------

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		VERSION:																																				
	"ESTERILIZANDO ANDO"		CODIGO:																																				
	FORMATO		FECHA:																																				
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO																																							
HISTORIA CLINICA N° <u>5</u>		FECHA: <u>04 MAR 25</u>																																					
DATOS DEL PACIENTE																																							
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Be K1</u>		RAZA: <u>Criolla</u>																																				
ESPECIE:	CANINO: ☐	FELINO: ☒	EDAD: <u>8</u> AÑOS <u>2</u> MESES																																				
GENERO:	HEMERA: ☒	MACHO: ☐	COLOR: <u>Amarillo</u>																																				
DATOS DEL PROPIETARIO																																							
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Karen Ortiz</u>		CEXULA: <u>1014 098244</u>																																				
DIRECCION:	<u>Centro</u>		TELEFONO: <u>310 202 2587</u>																																				
EXAMEN CLINICO																																							
ANAMNESICOS:																																							
VACUNAS:	<u>SI</u> ☒ <u>NO</u> ☐	DESPARASITACION:	<u>SI</u> ☒ <u>NO</u> ☐																																				
PESO:	<u>3</u> KG	ACTITUD:	<u>Alerta</u>																																				
MUCOSAS:	<u>PR</u>	PULSO:	<u>Recit</u> PPM																																				
TEMPERATURA:	<u>39</u> °C	FREC CARD:	<u>188</u> LPM																																				
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLENADO CAPILAR:	<u>2</u> "																																				
		ENFERMEDAD A PARIENTE	<u>ms</u>																																				
		RESPIRACION:	<u>CA</u>																																				
		COND. CORP.	<u>3</u>																																				
		FREC RESP	<u>36</u> RPM																																				
		ASA:	<u>I</u>																																				
		ULTIMO C.B.O.	<u>✓</u>																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>FASE PROCEDIMIENTO</th> <th>MEDICAMENTO</th> <th>DOSES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PREANALGESICO</td> <td>XILACINA</td> <td>1 mg/kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td>KETAMINA</td> <td>5 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>ANESTESIA</td> <td>PROPOFOL</td> <td>2 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>POST-QUIRURGICO</td> <td>MOXONOLLA</td> <td>20 mg/kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MELONICAM</td> <td>0.2 mg/kg</td> </tr> </tbody> </table>				FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSES	PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg		KETAMINA	5 mg/kg	ANESTESIA	PROPOFOL	2 mg/kg	POST-QUIRURGICO	MOXONOLLA	20 mg/kg		MELONICAM	0.2 mg/kg																		
FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSES																																					
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg																																					
	KETAMINA	5 mg/kg																																					
ANESTESIA	PROPOFOL	2 mg/kg																																					
POST-QUIRURGICO	MOXONOLLA	20 mg/kg																																					
	MELONICAM	0.2 mg/kg																																					
OBSERVACIONES:																																							
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS, Atentamente: <u>Karen O</u>																																							
CONSENTIMIENTO INFORMADO																																							
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:																																							
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realizacion de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR aún bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervencion quirurgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mia propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta 7. Acuso recibo formula de medicamentos , recomendaciones y cuidados post - operatorios																																							
<u>Karen O.</u> NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEXULA: <u>1014098244</u>		En calidad de Cirujano y/o Anestesiologo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, informacion completa sobre el procedimiento quirurgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomia (Hembras), Orquiectomia (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptacion para la realizacion del procedimiento quirurgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, ademas dar la autorizacion para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>VALOR CIRUGIA</th> <th>\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>KIT</td> <td>\$ <u>15.000</u></td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$ <u>10.000</u></td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$ <u> </u> TALLA <u> </u></td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$ <u>10.000</u></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$ <u>35.000</u></td> </tr> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NESUMI ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL ☐</td> </tr> </tbody> </table>		VALOR CIRUGIA	\$	KIT	\$ <u>15.000</u>	CAMISA	\$ <u>10.000</u>	COLLAR	\$ <u> </u> TALLA <u> </u>	CLORHEXIDINA	\$ <u>10.000</u>	TOTAL	\$ <u>35.000</u>	MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO ☐		BANCOLOMBIA ☐		DAVIPLATA ☐		DATAFONO ☐		NESUMI ☐		CAJA SOCIAL ☐	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td><u>17900</u></td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td><u>20003</u></td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u> </u></td> <td>TP.</td> <td><u> </u></td> </tr> </table>		CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>17900</u>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>20003</u>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u> </u>	TP.	<u> </u>
VALOR CIRUGIA	\$																																						
KIT	\$ <u>15.000</u>																																						
CAMISA	\$ <u>10.000</u>																																						
COLLAR	\$ <u> </u> TALLA <u> </u>																																						
CLORHEXIDINA	\$ <u>10.000</u>																																						
TOTAL	\$ <u>35.000</u>																																						
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO ☐																																						
	BANCOLOMBIA ☐																																						
	DAVIPLATA ☐																																						
	DATAFONO ☐																																						
	NESUMI ☐																																						
	CAJA SOCIAL ☐																																						
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>17900</u>																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>20003</u>																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u> </u>	TP.	<u> </u>																																				
Pendiente		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>DEBE</td> <td>SALDO</td> <td>PAGO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		DEBE	SALDO	PAGO																																	
DEBE	SALDO	PAGO																																					

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS			
	"ESTERILIZANDO ANDO"		VERSION:	
	FORMATO		CODIGO:	
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO			FECHA:	

HISTORIA CLINICA N° <u>6</u>		FECHA: <u>04 MAR 25</u>	
------------------------------	--	-------------------------	--

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Jamaica</u>		
ESPECIE:	CANINO: ☐	FELINO: ☒	RAZA: <u>críola</u>
GENERO:	HEMBRA: ☒	MACHO: ☐	EDAD: <u>9</u> AÑOS <u>2</u> MESES
		COLOR:	<u>gris claro</u>

DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Alexis Perez Boharques</u>
DIRECCION:	<u>Boharques</u>
CEXULA:	<u>1077849728</u>
TELEFONO:	<u>3133570136</u>

EXÁMEN CLINICO			
ANAMNESICOS:			
VACUNAS:	<u>SI</u> <u>8</u>	NO: <u> </u>	
PESO:	<u>2.4</u> KG	ACTITUD:	<u>placido</u>
MUCOSAS:	<u>RR</u>	PULSO:	<u>fuerte</u>
TEMPERATURA:	<u>38.6</u> °C	FREC CARD:	<u>190</u> LPM
GANGLIOS:	NORMAL ☒	TIEMPO LLEVADO CAPI AR:	<u>2</u>
	ANORMAL ☐	ENFERMEDAD APARENTE:	<u>NO</u>
RESPIRACION:	<u>CA</u>	COND. CORP:	<u>3</u>
FREC RESP:	<u>35</u> RPM	ASA:	<u>I</u>
ULTIMO CBO:	<u> </u>		

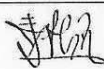
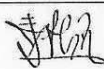
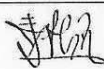
FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg
ANESTESIA	RETAMINA	5 mg/kg
	PROPOFOL	2 mg/kg
POST- QUIRURGICO	MELOXICAM	0.2 mg/kg

OBSERVACIONES:	

DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS, Atentamente: 

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:	
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR aún bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta 7. Acuso recibo formula de medicamentos , recomendaciones y cuidados post – operatorios	

 NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEXULA <u>1077849728</u>		En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía (Hembras); Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS , además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA	
---	--	---	--

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>KIT</td> <td>\$ <u>15.000</u></td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$ <u>10.000</u></td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$ <u> </u> TALLA <u> </u></td> </tr> <tr> <td>CLOREXIDINA</td> <td>\$ <u> </u></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$ <u>25.000</u></td> </tr> <tr> <td>METODO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI ☒</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL ☐</td> </tr> </table>		VALOR CIRUGIA	\$	KIT	\$ <u>15.000</u>	CAMISA	\$ <u>10.000</u>	COLLAR	\$ <u> </u> TALLA <u> </u>	CLOREXIDINA	\$ <u> </u>	TOTAL	\$ <u>25.000</u>	METODO DE PAGO	EFFECTIVO ☐		BANCOLOMBIA ☐		DAVIPLATA ☐		DATAFONO ☐		NEQUI ☒		CAJA SOCIAL ☐	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td><u>17900</u></td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td><u>20003</u></td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td> </td> <td>TP.</td> <td> </td> </tr> </table>		CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	<u>17900</u>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	<u>20003</u>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	
VALOR CIRUGIA	\$																																						
KIT	\$ <u>15.000</u>																																						
CAMISA	\$ <u>10.000</u>																																						
COLLAR	\$ <u> </u> TALLA <u> </u>																																						
CLOREXIDINA	\$ <u> </u>																																						
TOTAL	\$ <u>25.000</u>																																						
METODO DE PAGO	EFFECTIVO ☐																																						
	BANCOLOMBIA ☐																																						
	DAVIPLATA ☐																																						
	DATAFONO ☐																																						
	NEQUI ☒																																						
	CAJA SOCIAL ☐																																						
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	<u>17900</u>																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	<u>20003</u>																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.																																					

DEBE	SALDO	PAGO
------	-------	------

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATÁS ARRIBA SAS		
	"ESTERILIZANDO ANDO"		VERSION:
	FORMATO		CODIGO:
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO			FECHA:

HISTORIA CLINICA N° <u>7</u>	FECHA: <u>04 MAR A 15</u>
------------------------------	---------------------------

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Gris</u>		RAZA:
ESPECIE:	CANINO: ☐	FELINO: ☒	EDAD: <u>4</u> AÑOS <u>1</u> MESES
GENERO:	HEMERA: ☒	MACHO: ☐	COLOR: <u>gris</u>

DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Hevis Peto</u>
DIRECCION:	<u>Bohoxguel</u>
CEDULA:	<u>1077849724</u>
TELEFONO:	<u>813 5590130</u>

EXÁMEN CLÍNICO			
ANAMNESIS:			
VACUNAS:	SI ☐ NO ☒	DESPARASITACIÓN:	SI ☒ NO ☐
PESO:	<u>29</u> KG	ACTITUD:	<u>A Peto</u>
MUCOSAS:	<u>88</u>	PULSO:	<u>perif</u> PPM
TEMPERATURA:	<u>38.2</u> °C	FREC CARD:	<u>786</u> LPM
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLENADO CAPILAR:	<u>2</u> "
		ENFERMEDAD APARENTE:	<u>145</u>
RESPIRACION:	<u>CH</u>	COND. CORP:	<u>3</u>
FREC RESP:	<u>35</u> RPM	ASA:	<u>I</u>
ULTIMO CELO:	<u>—</u>		

FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSES
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg
ANESTESIA	KETAMINA	5 mg/kg
	PROPOFOL	2 mg/kg
POST- QUIRURGICO	AMOXISOL LA	20 mg/kg
	MELOXICAM	0.2 mg/kg

OBSERVACIONES:	
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: <u>[Firma]</u>	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:	
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR aún bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de pérdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta 7. Acuso recibo fórmula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post – operatorios	

 NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEDULA <u>1077849724</u>	En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS , además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA
---	--

<table style="width:100%;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>RIT</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$ <u>10.600</u></td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$ TALLA <u> </u></td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$ <u>10.600</u></td> </tr> <tr> <td>MEDO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMIBA ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI ☒</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL ☐</td> </tr> </table>	VALOR CIRUGIA	\$	RIT	\$	CAMISA	\$ <u>10.600</u>	COLLAR	\$ TALLA <u> </u>	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$ <u>10.600</u>	MEDO DE PAGO	EFFECTIVO ☐		BANCOLOMIBA ☐		DAVIPLATA ☐		DATAFONO ☐		NEQUI ☒		CAJA SOCIAL ☐	<table style="width:100%;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td><u>17900</u></td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td><u>20003</u></td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u> </u></td> <td>TP.</td> <td><u> </u></td> </tr> </table> <table style="width:100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td>DEBE</td> <td>SALDO</td> <td>PAGÓ</td> </tr> </table>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>17900</u>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>20003</u>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u> </u>	TP.	<u> </u>	DEBE	SALDO	PAGÓ
VALOR CIRUGIA	\$																																							
RIT	\$																																							
CAMISA	\$ <u>10.600</u>																																							
COLLAR	\$ TALLA <u> </u>																																							
CLORHEXIDINA	\$																																							
TOTAL	\$ <u>10.600</u>																																							
MEDO DE PAGO	EFFECTIVO ☐																																							
	BANCOLOMIBA ☐																																							
	DAVIPLATA ☐																																							
	DATAFONO ☐																																							
	NEQUI ☒																																							
	CAJA SOCIAL ☐																																							
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>17900</u>																																					
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>20003</u>																																					
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u> </u>	TP.	<u> </u>																																					
DEBE	SALDO	PAGÓ																																						

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		
	"ESTERILIZANDO ANDO"		VERSION:
	FORMATO		CODIGO:
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO			FECHA:

HISTORIA CLINICA N° <u>8</u>	FECHA: <u>14</u> <u>12</u> A <u>21</u>
------------------------------	--

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>PePita</u>		RAZA:
ESPECIE:	CANINO: ☐	FELINO: ☒	EDAD:
GENERO:	HEMBRA: ☒	MACHO: ☐	AÑOS <u>2</u> MESES <u>3</u>
			COLOR: <u>Gris con Blanco</u>

DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Elisa Lopez</u>
DIRECCION:	<u>V. Bohorques</u>
CEDULA:	<u>24190841</u>
TELEFONO:	<u>3138170175</u>

EXAMEN CLINICO			
ANAMNESIS:			
VACUNAS:	SI ☒ NO ☐	DESparasitacion:	SI ☒ NO ☐
PESO:	<u>31</u> KG	ACTITUD:	<u>Alerta</u>
MUCOSAS:	<u>BB</u>	PULSO:	<u>191</u> PPM
TEMPERATURA:	<u>39</u> °C	FREC CARD:	<u>191</u> LPM
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLENADO CAPILAR:	<u>2</u> "
		ENFERMEDAD APARENTE:	<u>MS</u>
RESPIRACION:	<u>CH</u>	CONCL CORP:	<u>3</u>
FREC RESP:	<u>33</u> RPM	ASA:	<u>I</u>
ULTIMO CELO:	<u><</u>		

FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS
PREANESTESICO	XILACINA	1 mg/kg
ANESTESIA	KETAMINA	5 mg/kg
POST-QUIRURGICO	PROPOFOL	2 mg/kg
	AMOXICILINA	20 mg/kg
	MELoxicam	0.2 mg/kg

OBSERVACIONES:	
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: <u>Elisa M.L</u>	

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:	
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR aún bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de pérdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post-operatorios	

<u>Elisa M.L</u> NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEDULA: <u>24190841</u>	En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA
--	--

<table style="width: 100%;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>KIT</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$ <u>10.000</u></td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$ TALLA <u> </u></td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$ <u>10.000</u></td> </tr> <tr> <td>MEDO DE PAGO</td> <td>Efectivo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table>	VALOR CIRUGIA	\$	KIT	\$	CAMISA	\$ <u>10.000</u>	COLLAR	\$ TALLA <u> </u>	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$ <u>10.000</u>	MEDO DE PAGO	Efectivo		BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEQUI		CAJA SOCIAL	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>17900</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u> </u></td> <td>TP.</td> <td><u> </u></td> </tr> </table> <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td>DEBE</td> <td>SALDO</td> <td>PAGÓ</td> </tr> </table>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u> </u>	TP.	<u> </u>	DEBE	SALDO	PAGÓ
VALOR CIRUGIA	\$																																							
KIT	\$																																							
CAMISA	\$ <u>10.000</u>																																							
COLLAR	\$ TALLA <u> </u>																																							
CLORHEXIDINA	\$																																							
TOTAL	\$ <u>10.000</u>																																							
MEDO DE PAGO	Efectivo																																							
	BANCOLOMBIA																																							
	DAVIPLATA																																							
	DATAFONO																																							
	NEQUI																																							
	CAJA SOCIAL																																							
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900																																					
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003																																					
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u> </u>	TP.	<u> </u>																																					
DEBE	SALDO	PAGÓ																																						

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		VERSION:																																					
	"ESTERILIZANDO ANDO"		CODIGO:																																					
	FORMATO		FECHA:																																					
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO																																								
HISTORIA CLINICA N° <u>9</u>		FECHA: <u>04 M 12 A 21</u>																																						
DATOS DEL PACIENTE																																								
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Pachito</u>		RAZA:	<u>estrola</u>																																				
ESPECIE:	CANINO: ☐	FELINO: ☒	EDAD:	<u>6</u> AÑOS <u>4</u> MESES																																				
GENERO:	HEMERA: ☐	MACHO: ☒	COLOR:	<u>Blanco y Negro</u>																																				
DATOS DEL PROPIETARIO																																								
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Laura Bermudez</u>		CEXULA:	<u>24120233</u>																																				
DIRECCION:	<u>Cra 3ra 1-18</u>		TELEFONO:	<u>311888833</u>																																				
EXAMEN CLINICO																																								
ANAMNESIS:																																								
VACUNAS:	SI ☒ NO ☐	DESPARASITACION:	SI ☐ NO ☒																																					
PESO:	<u>34</u> KG	ACTITUD:	<u>Alerta</u>	RESPIRACION:																																				
MUCOSAS:	<u>RR</u>	PULSO:	<u>Fast</u>	COND. CORP:																																				
TEMPERATURA:	<u>38.6</u> °C	FREC. CARD:	<u>78B</u>	FREC RESP:																																				
GANSILIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLENADO CAPILAR:	<u>2</u>	ASA:																																				
		ENFERMEDAD APARENTE:	<u>W</u>	ULTIMO CBO:																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>FASE PROCEDIMIENTO</th> <th>MEDICAMENTO</th> <th>DOSIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PREANALGESICO</td> <td>XILACINA</td> <td>1 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>ANESTESIA</td> <td>RETAJMINA</td> <td>5 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>POST-QUIRURGICO</td> <td>PROPOFOL</td> <td>2 mg/kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AMOXISOL LA</td> <td>20 mg/kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MELGASOLAM</td> <td>0.2 mg/kg</td> </tr> </tbody> </table>					FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS	PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg	ANESTESIA	RETAJMINA	5 mg/kg	POST-QUIRURGICO	PROPOFOL	2 mg/kg		AMOXISOL LA	20 mg/kg		MELGASOLAM	0.2 mg/kg																		
FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS																																						
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg																																						
ANESTESIA	RETAJMINA	5 mg/kg																																						
POST-QUIRURGICO	PROPOFOL	2 mg/kg																																						
	AMOXISOL LA	20 mg/kg																																						
	MELGASOLAM	0.2 mg/kg																																						
OBSERVACIONES:																																								
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: <u>Laura Bermudez</u>																																								
CONSENTIMIENTO INFORMADO																																								
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:																																								
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información por diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post-operatorios																																								
<u>Laura Bermudez</u> NOMBRE DEL PROPIETARIO RESPONSABLE CEXULA <u>24120233</u>		En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, informacion completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia (Hembras), Orquiectomia (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA																																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>KIT</td> <td>\$ <u>15.000</u></td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$ TALLA <u> </u></td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$ <u>15.000</u></td> </tr> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table>		VALOR CIRUGIA	\$	KIT	\$ <u>15.000</u>	CAMISA	\$	COLLAR	\$ TALLA <u> </u>	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$ <u>15.000</u>	MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO		BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEQUI		CAJA SOCIAL	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td><u>17900</u></td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td><u>20003</u></td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u> </u></td> <td>TP.</td> <td><u> </u></td> </tr> </table>			CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>17900</u>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>20003</u>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u> </u>	TP.	<u> </u>
VALOR CIRUGIA	\$																																							
KIT	\$ <u>15.000</u>																																							
CAMISA	\$																																							
COLLAR	\$ TALLA <u> </u>																																							
CLORHEXIDINA	\$																																							
TOTAL	\$ <u>15.000</u>																																							
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO																																							
	BANCOLOMBIA																																							
	DAVIPLATA																																							
	DATAFONO																																							
	NEQUI																																							
	CAJA SOCIAL																																							
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>17900</u>																																					
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	<u>20003</u>																																					
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u> </u>	TP.	<u> </u>																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>DEBE</td> <td>SALDO</td> <td>PAGO</td> </tr> </table>		DEBE	SALDO	PAGO																																				
DEBE	SALDO	PAGO																																						

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		VERSION:																																				
	"ESTERILIZANDO ANDO"		CODIGO:																																				
	FORMATO		FECHA:																																				
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO																																							
HISTORIA CLINICA N° <u>10</u>		FECHA: <u>04 M 12 A 21</u>																																					
DATOS DEL PACIENTE																																							
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>COKY</u>		RAZA: <u>Criollo</u>																																				
ESPECIE:	CANINO: ☒	FELINO: ☐	EDAD: <u>7</u> AÑOS <u>1</u> MESES																																				
GENERO:	HEMERA: ☒	MACHO: ☐	COLOR: <u>Negra</u>																																				
DATOS DEL PROPIETARIO																																							
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Mariana Garay</u>		CECULA: <u>53.038.432</u>																																				
DIRECCION:	<u>Centro</u>		TELEFONO: <u>811 854 2753</u>																																				
EXAMEN CLINICO																																							
ANAMNESIS:																																							
VACUNAS:	SI <u>2</u> NO <u> </u>	DESPARASITACION:	SI <u>2</u> NO <u> </u>																																				
PESO:	<u>70</u> KG	ACTITUD:	<u>Alerta</u>																																				
MUCOSAS:	<u>RO</u>	PULSO:	<u>120</u> PPM																																				
TEMPERATURA:	<u>37.9</u> °C	FREC CARD:	<u>120</u> LPM																																				
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLENADO CAPELAR:	<u>2</u> "																																				
		ENFERMEDAD APARENTE	<u>NI</u>																																				
FASE PROCEDIMIENTO		MEDICAMENTO	DOSIS																																				
PREANALGESICO		XILACINA	1 mg/kg																																				
ANESTESIA		PROPOFOL	2 mg/kg																																				
POST-QUIRURGICO		AMOXICILINA	20 mg/kg																																				
		MELOXICAM	0.2 mg/kg																																				
OBSERVACIONES:																																							
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: <u>Mariana Garay</u>																																							
CONSENTIMIENTO INFORMADO																																							
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:																																							
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR aún bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post – operatorios																																							
<u>Mariana Garay T.</u> NOMBRE DEL PROPIETARIO RESPONSABLE CECULA <u>53.038.432</u>		En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomia (Hembras), Orquiectomia (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS , además dar la autorización para TATUAR LA MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>VALOR CIRUGIA</td><td>\$</td></tr> <tr><td>KIT</td><td>\$ <u>15.000</u></td></tr> <tr><td>CAMISA</td><td>\$</td></tr> <tr><td>COLLAR</td><td>\$ TALLA <u> </u></td></tr> <tr><td>CLORHEXIDINA</td><td>\$</td></tr> <tr><td>TOTAL</td><td>\$ <u>15.000</u></td></tr> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> </tr> <tr><td colspan="2">BANCOLOMBIA</td></tr> <tr><td colspan="2">DAVIPLATA</td></tr> <tr><td colspan="2">DATAFONO</td></tr> <tr><td colspan="2">NEQUI</td></tr> <tr><td colspan="2">CAJA SOCIAL</td></tr> </table>		VALOR CIRUGIA	\$	KIT	\$ <u>15.000</u>	CAMISA	\$	COLLAR	\$ TALLA <u> </u>	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$ <u>15.000</u>	MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO	BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEQUI		CAJA SOCIAL		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>17900</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td> </td> <td>TP.</td> <td> </td> </tr> </table>		CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	
VALOR CIRUGIA	\$																																						
KIT	\$ <u>15.000</u>																																						
CAMISA	\$																																						
COLLAR	\$ TALLA <u> </u>																																						
CLORHEXIDINA	\$																																						
TOTAL	\$ <u>15.000</u>																																						
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO																																						
BANCOLOMBIA																																							
DAVIPLATA																																							
DATAFONO																																							
NEQUI																																							
CAJA SOCIAL																																							
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>DEBE</td> <td>SALDO</td> <td>PAGÓ</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		DEBE	SALDO	PAGÓ																																			
DEBE	SALDO	PAGÓ																																					

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		
	"ESTERILIZANDO ANDO"		VERSION:
	FORMATO		CODIGO:
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO			FECHA:

HISTORIA CLINICA N° <u>11</u>	FECHA: <u>04 M. 12 A 21</u>
-------------------------------	-----------------------------

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Zeus</u>		RAZA:
ESPECIE:	CANINO: ☐	FELINO: ☐	EDAD:
GENERO:	HEMERA: ☐	MACHO: ☐	AÑOS: <u>8</u> MESES: <u>2</u>
			COLOR: <u>Negro</u>

DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Rogelio Boharyco</u>
DIRECCION:	<u>Baharyco</u>
CEDULA:	<u>4263 897</u>
TELEFONO:	<u>010 2224845</u>

EXÁMEN CLINICO			
ANAMNESIS:			
VACUNAS:	SI ☒ NO ☐	DESPARASITACION:	SI ☒ NO ☐
PESO:	<u>29</u> KG	ACTITUD:	<u>Doce</u>
MUCOSAS:	<u>PA</u>	PULSO:	<u>73/</u> PPM
TEMPERATURA:	<u>37.6</u> °C	FREC CARD:	<u>73/</u> LPM
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLENADO CAPILAR:	<u>2</u> "
		ENFERMEDAD APARENTE:	<u>NO</u>
RESPIRACION:	<u>CA</u>	COND. CORP:	<u>3</u>
FREC RESP:	<u>29</u> RPM	ASA:	<u>I</u>
ULTIMO CELO:	<u>I</u>		

FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSES
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg
ANESTESIA	KEYAMINA	5 mg/kg
POST- QUIRURGICO	PROPOFOL	2 mg/kg
	AMOXISOL LA	20 mg/kg
	MELoxicam	0.2 mg/kg

OBSERVACIONES:

DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: [Firma]

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:	
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro <u>RECHAZAR</u> la realizacion de <u>EXAMENES PRE QUIRURGICOS</u> sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo <u>TATUAR</u> a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervencion quirurgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Ad mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mia propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post – operatorios	

[Firma] NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEDULA: <u>74323082</u>	En calidad de Cirujano y/o Anestesiologo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, informacion completa sobre el procedimiento quirurgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovarioestrectomia (Hembras), Orquiectomia (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptacion para la realizacion del procedimiento quirurgico <u>SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS</u>, ademas dar la autorizacion para <u>TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA</u> PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA
---	---

<table style="width:100%;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>INT</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$ TALLA <u> </u></td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </table>	VALOR CIRUGIA	\$	INT	\$	CAMISA	\$	COLLAR	\$ TALLA <u> </u>	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:40%;"> <table style="width:100%;"> <tr> <td>MEZIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table> </td> <td style="width:60%;"> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:33%;">CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td style="width:33%;">[Firma]</td> <td style="width:33%;">TP, 17900</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td>[Firma]</td> <td>TP, 20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP, <u> </u></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width:100%;"> <tr> <td>MEZIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table>	MEZIO DE PAGO	EFFECTIVO		BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEQUI		CAJA SOCIAL	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:33%;">CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td style="width:33%;">[Firma]</td> <td style="width:33%;">TP, 17900</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td>[Firma]</td> <td>TP, 20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP, <u> </u></td> </tr> </table>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	[Firma]	TP, 17900	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	[Firma]	TP, 20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP, <u> </u>
VALOR CIRUGIA	\$																																			
INT	\$																																			
CAMISA	\$																																			
COLLAR	\$ TALLA <u> </u>																																			
CLORHEXIDINA	\$																																			
TOTAL	\$																																			
<table style="width:100%;"> <tr> <td>MEZIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table>	MEZIO DE PAGO	EFFECTIVO		BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEQUI		CAJA SOCIAL	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:33%;">CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td style="width:33%;">[Firma]</td> <td style="width:33%;">TP, 17900</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td>[Firma]</td> <td>TP, 20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP, <u> </u></td> </tr> </table>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	[Firma]	TP, 17900	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	[Firma]	TP, 20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP, <u> </u>														
MEZIO DE PAGO	EFFECTIVO																																			
	BANCOLOMBIA																																			
	DAVIPLATA																																			
	DATAFONO																																			
	NEQUI																																			
	CAJA SOCIAL																																			
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	[Firma]	TP, 17900																																		
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	[Firma]	TP, 20003																																		
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP, <u> </u>																																		

DEBE	SALDO	PAGÓ
------	-------	------

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		VERSION:																																				
	"ESTERILIZANDO ANDO"		CODIGO:																																				
	FORMATO		FECHA:																																				
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO																																							
HISTORIA CLINICA N° <u>12</u>		FECHA: <u>04</u> <u>17</u> <u>23</u>																																					
DATOS DEL PACIENTE																																							
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Amirillo grande</u>		RAZA: <u>cuervo</u>																																				
ESPECIE:	CANINO: ☒	FELINO: ☐	EDAD: <u>2</u> AÑOS <u>2</u> MESES																																				
GENERO:	HEMERA: ☐	MACHO: ☒	COLOR: <u>Amirillo</u>																																				
DATOS DEL PROPIETARIO																																							
NOMBRE DEL PROPIETARIO:			CEDULA:																																				
DIRECCION:			TELEFONO:																																				
EXAMEN CLINICO																																							
ANAMNESICOS:																																							
VACUNAS:	SI ☐ NO ☐	DESPARASITACION:	SI ☐ NO ☐																																				
PESO:	<u>33</u> KG	ACTITUD:	RESPIRACION:																																				
MUCOSAS:		PULSO:	COND. CORP.																																				
TEMPERATURA:	<u>33</u> °C	FREC CARD:	FREC RESP																																				
GANGLIOS:	NORMAL ☐	TIEMPO LLENADO CAPILAR	ASA:																																				
	ANORMAL ☐	ENFERMEDAD APARENTE	ULTIMO CULO																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>FASE PROCEDIMIENTO</th> <th>MEDICAMENTO</th> <th>DOSES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PREANALGESICO</td> <td>XILACINA</td> <td>1 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>ANESTESIA</td> <td>KETAMINA</td> <td>5 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>POST-QUIRURGICO</td> <td>PROPOFOL</td> <td>2 mg/kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td>AMOXISOL LA</td> <td>20 mg/kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MELORICAM</td> <td>0.2 mg/kg</td> </tr> </tbody> </table>				FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSES	PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg	ANESTESIA	KETAMINA	5 mg/kg	POST-QUIRURGICO	PROPOFOL	2 mg/kg		AMOXISOL LA	20 mg/kg		MELORICAM	0.2 mg/kg																		
FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSES																																					
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg																																					
ANESTESIA	KETAMINA	5 mg/kg																																					
POST-QUIRURGICO	PROPOFOL	2 mg/kg																																					
	AMOXISOL LA	20 mg/kg																																					
	MELORICAM	0.2 mg/kg																																					
OBSERVACIONES:																																							
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: <u>[Firma]</u>																																							
CONSENTIMIENTO INFORMADO																																							
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:																																							
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR aún bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de pérdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post-operatorios																																							
<u>[Firma]</u> NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEDULA <u>74323002</u>		En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS , además dar la autorización para TATUAR LA MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>KIT</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$ TALLA <u> </u></td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFECTIVO ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI ☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL ☐</td> </tr> </table>		VALOR CIRUGIA	\$	KIT	\$	CAMISA	\$	COLLAR	\$ TALLA <u> </u>	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$	MEDIO DE PAGO	EFECTIVO ☐		BANCOLOMBIA ☐		DAVIPLATA ☐		DATAFONO ☐		NEQUI ☐		CAJA SOCIAL ☐	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>17900</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td></td> </tr> </table>		CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	
VALOR CIRUGIA	\$																																						
KIT	\$																																						
CAMISA	\$																																						
COLLAR	\$ TALLA <u> </u>																																						
CLORHEXIDINA	\$																																						
TOTAL	\$																																						
MEDIO DE PAGO	EFECTIVO ☐																																						
	BANCOLOMBIA ☐																																						
	DAVIPLATA ☐																																						
	DATAFONO ☐																																						
	NEQUI ☐																																						
	CAJA SOCIAL ☐																																						
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>DEBE</td> <td>SALDO</td> <td>PAGÓ</td> </tr> </table>		DEBE	SALDO	PAGÓ																																			
DEBE	SALDO	PAGÓ																																					

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		
	"ESTERILIZANDO ANDO"		VERSION:
	FORMATO		CODIGO:
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO			FECHA:

HISTORIA CLINICA N° <u>13</u>	FECHA: <u>04</u> <u>12</u> <u>25</u>
-------------------------------	--------------------------------------

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Amarillo oso</u>		RAZA:
ESPECIE:	CANINO: ☐	FELINO: ☐	EDAD:
GENERO:	HEMERA: ☐	MACHO: ☐	AÑOS: <u> </u> MESES: <u> </u>
		COLOR:	

DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	CEDULA:
DIRECCION:	TELEFONO:

EXÁMEN CLÍNICO			
ANAMNESICOS:			
VACUNAS:	SI <u> </u> NO <u> </u>	DESPARASITACIÓN:	SI <u> </u> NO <u> </u>
PESO:	<u>33</u> KG	ACTITUD:	RESPIRACION:
MUCOSAS:		PULSO:	PPM
TEMPERATURA:	°C	FREC CARD:	LPM
GANGLIOS:	NORMAL ☐	TIEMPO LLENADO CAPILAR	ASA:
	ANORMAL ☐	ENFERMEDAD APARENTE	ULTIMO CELO

FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg
ANESTESIA	KETAUNA	5 mg/kg
POST- QUIRURGICO	AMOXISOL LA	20 mg/kg
	MELoxicam	0.2 mg/kg

OBSERVACIONES:

DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: [Firma]

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:

- Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota.
- Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a).
- Del mismo modo declaro **RECHAZAR** la realización de **EXAMENES PRE QUIRURGICOS** sin lugar a contravención alguna.
- Autorizo **TATUAR** sin bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la parte interna de la oreja derecha para identificar su estado de esterilizada en caso de pérdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria.
- Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota.
- Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta
- Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post- operatorios

<u>[Firma]</u> NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEDULA <u>74323002</u>	En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, además dar la autorización para TATUAR LA MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA
---	--

VALOR CIRUGIA	\$				
KIT	\$				
CAMISA	\$				
COLLAR	\$	TALLA <u> </u>			
CLORHEXIDINA	\$				
TOTAL	\$				
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO				
	BANCOLOMBIA				
	DAVIPLATA				
	DATAFONO				
	NEQUI				
	CAJA SOCIAL				

CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	

DEBE	SALDO	PAGO

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		
	"ESTERILIZANDO ANDO"		VERSION:
	FORMATO		CODIGO:
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO			FECHA:

HISTORIA CLINICA N° <u>16</u>	FECHA: <u>14</u> <u>12</u> A <u>25</u>
-------------------------------	--

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Amorillo</u>		RAZA:
ESPECIE:	CANINO: ☒	FELINO: ☐	EDAD:
GENERO:	HEM BRA: ☒	MACHO: ☐	AÑOS: <u>6</u> MESES: <u>1</u>
		COLOR:	<u>Amorillo</u>

DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Marco Bueno</u>
DIRECCION:	<u>Sabanetas</u>
CEDULA:	<u>426328</u>
TELEFONO:	<u>313 843 2927</u>

EXÁMEN CLÍNICO			
ANAMNESIS:			
VACUNAS:	SI ☒ NO ☐	DESPARASITACIÓN:	SI ☒ NO ☐
PESO:	<u>9</u> KG	ACTITUD:	<u>Alceto</u>
MUCOSAS:	<u>Rx</u>	PULSO:	<u>130</u> PPM
TEMPERATURA:	<u>38.1</u> °C	FREC. CARD:	<u>26</u> RPM
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLENADO CAPILAR:	<u>2</u> "
		ENFERMEDAD APARENTE:	<u>NO</u>
		RESPIRACION:	<u>CA</u>
		COND. CORP.	<u>3</u>
		FREC RESP:	<u>26</u> RPM
		ASA:	<u>F</u>
		ULTIMO CELO:	<u>—</u>

FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg
ANESTESIA	RETAMINA	5 mg/kg
POST- QUIRURGICO	PROPOFOL	2 mg/kg
	AMONISOLLA	20 mg/kg
	MELONICAM	0.2 mg/kg

OBSERVACIONES:

DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: [Firma]

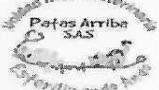
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:

- Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota.
- Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a).
- Del mismo modo declaro **RECHAZAR** la realización de **EXAMENES PRE QUIRURGICOS** sin lugar a contravención alguna.
- Autorizo **TATUAR** aún bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la parte interna de la oreja derecha para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria.
- Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota.
- Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta
- Acuso recibo fórmula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post – operatorios

<u>[Firma]</u> NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEDULA <u>74323072</u>	En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS , además dar la autorización para TATUAR LA MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA
--	--

<table style="width:100%;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>KIT</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$ TALLA <u> </u></td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </table> <table style="width:100%;"> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> <td></td> </tr> </table>	VALOR CIRUGIA	\$	KIT	\$	CAMISA	\$	COLLAR	\$ TALLA <u> </u>	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$	MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO			BANCOLOMBIA			DAVIPLATA			DATAFONO			NEQUI			CAJA SOCIAL		<table style="width:100%;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>17900</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td></td> </tr> </table> <table style="width:100%;"> <tr> <td>DEBE</td> <td>SALDO</td> <td>PAGÓ</td> </tr> </table>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.		DEBE	SALDO	PAGÓ
VALOR CIRUGIA	\$																																													
KIT	\$																																													
CAMISA	\$																																													
COLLAR	\$ TALLA <u> </u>																																													
CLORHEXIDINA	\$																																													
TOTAL	\$																																													
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO																																													
	BANCOLOMBIA																																													
	DAVIPLATA																																													
	DATAFONO																																													
	NEQUI																																													
	CAJA SOCIAL																																													
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900																																											
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003																																											
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.																																												
DEBE	SALDO	PAGÓ																																												

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		VERSION:
	"ESTERILIZANDO ANDO"		CODIGO:
	FORMATO		FECHA:
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO			

HISTORIA CLINICA N° <u>15</u>	FECHA: <u>04</u> / <u>12</u> / <u>28</u>
-------------------------------	--

DATOS DEL PACIENTE				
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Nina</u>		RAZA:	<u>Criollo</u>
ESPECIE:	CANINO: ☒	FELINO: ☐	EDAD:	<u>8</u> AÑOS <u>12</u> MESES <u>1</u>
GENERO:	HEMBRA: ☒	MACHO: ☐	COLOR:	<u>Negro</u>

DATOS DEL PROPIETARIO				
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Martha Figueira</u>		CEDULA:	<u>24.09.072</u>
DIRECCION:	<u>Sabanetas</u>		TELEFONO:	<u>312 4823074</u>

EXÁMEN CLÍNICO			
ANAMNESIS:			
VACUNAS:	SI ☐ NO ☒	DESPARASITACION:	SI ☐ NO ☒
PESO:	<u>8</u> KG	ACTITUD:	<u>buena</u>
MUCOSAS:	<u>R8</u>	PULSO:	<u>120</u> PPM
TEMPERATURA:	<u>38</u> °C	FREC. CARD:	<u>2</u> LPM
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLEVADO CAMELAR:	<u>2</u>
		ENFERMEDAD APARENTE:	<u>no</u>
RESPIRACION:	<u>CA</u>	CONCL. CORP.	<u>3</u>
FREC. RESP:	<u>28</u> RPM	ASA:	<u>I</u>
ULTIMO CULO:	<u>1</u>		

FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg
ANESTESIA	PROPOFOL	5 mg/kg
POST-QUIRURGICO	AMOXICILINA	2 mg/kg
	METOPROLOL	20 mg/kg
		0.2 mg/kg

OBSERVACIONES:

DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: [Firma]

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:

- Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota.
- Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a).
- Del mismo modo declaro RECHAZAR la realizacion de **EXAMENES PRE QUIRURGICOS** sin lugar a contravención alguna.
- Autorizo **TATUAR** aún bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la parte interna de la oreja derecha para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervencion quirurgica innecesaria.
- Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota.
- Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mia propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta
- Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post-operatorios

NOMBRE DEL PROPIETARIO/ RESPONSABLE: <u>[Firma]</u> CEDULA: <u>24323082</u>	En calidad de Cirujano y/o Anestesiologo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, informacion completa sobre el procedimiento quirurgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomia (Hembras), Orquiectomia (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptacion para la realizacion del procedimiento quirurgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, ademas dar la autorizacion para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA
---	--

<table style="width: 100%;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>KIT</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$ TALLA <u> </u></td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </table>	VALOR CIRUGIA	\$	KIT	\$	CAMISA	\$	COLLAR	\$ TALLA <u> </u>	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> <td></td> </tr> </table>	MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO			BANCOLOMBIA			DAVIPLATA			DATAFONO			NEQUI			CAJA SOCIAL	
VALOR CIRUGIA	\$																														
KIT	\$																														
CAMISA	\$																														
COLLAR	\$ TALLA <u> </u>																														
CLORHEXIDINA	\$																														
TOTAL	\$																														
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO																														
	BANCOLOMBIA																														
	DAVIPLATA																														
	DATAFONO																														
	NEQUI																														
	CAJA SOCIAL																														

CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP. <u>17900</u>
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP. <u>20003</u>
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP. <u> </u>

DEBE	SALDO	PAGÓ
------	-------	------

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		
	"ESTERILIZANDO ANDO"		VERSION:
	FORMATO		CODIGO:
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO			FECHA:

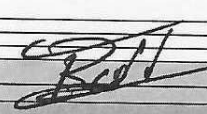
HISTORIA CLINICA N° <u>16</u>	FECHA: <u>04 MAR 25</u>
-------------------------------	-------------------------

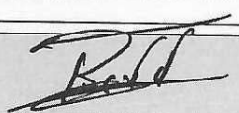
DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Negra</u>		
ESPECIE:	CANINO: ☒	FELINO: ☐	RAZA: <u>Crisolito</u>
GENERO:	HEMERA: ☒	MACHO: ☐	EDAD: <u>3</u> AÑOS <u>2</u> MESES
			COLOR: <u>Negro</u>

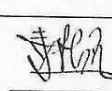
DATOS DEL PROPIETARIO			
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Rogelio Ariza</u>		
DIRECCION:	<u>Alcaldia</u>		
	CEDULA:	<u>74323082</u>	
	TELEFONO:	<u>3138769620</u>	

EXÁMEN CLÍNICO			
ANAMNESIS:			
VACUNAS: SI ☒ NO ☐			
PESO:	<u>28</u> KG	DESPARASITACIÓN:	SI ☒ NO ☐
MUCOSAS:	<u>RR</u>	ACTITUD:	<u>Alcega</u>
TEMPERATURA:	<u>38.1</u> °C	PULSO:	<u>174</u> PPM
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	FREC CARD:	<u>2</u> LPM
		TIEMPO LLEVADO CAPILAR	<u>ms</u>
		ENFERMEDAD APARENTE	

FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg
ANESTESIA	PROPOFOL	5 mg/kg
POST- QUIRURGICO	AMOXISOL LA	20 mg/kg
	MELOXICAM	0.2 mg/kg

OBSERVACIONES:			
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: 			
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:			
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post - operatorios			

 NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEDULA <u>74323082</u>		En calidad de Cirujano y/o Anestesiologo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomia (Hembras), Orquiectomia (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA	
---	--	---	--

VALOR CIRUGIA	\$	/	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	17900
KIT	\$		CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	20003
CAMISA	\$					
COLLAR	\$		TALLA			
CLORHEXIDINA	\$					
TOTAL	\$					

MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO	BAÑO/COMBIA	DAVIPLATA	DATAFONO	NEQUI	CAJA SOCIAL

DEBE	SALDO	PAGÓ

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		
	"ESTERILIZANDO ANDO"		VERSION:
	FORMATO		CODIGO:
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO			FECHA:

HISTORIA CLINICA N° <u>17</u>	FECHA: <u>04/12/25</u>
-------------------------------	------------------------

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Negrita 2</u>		RAZA:
ESPECIE:	CANINO: ☒	FELINO: ☐	EDAD:
GENERO:	HEMERA: ☒	MACHO: ☐	COLOR:
			<u>3</u> AÑOS * MESES
			<u>Negro</u>

DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Rojello Ariza</u>
DIRECCION:	<u>Alcaldia</u>
CEDULA:	<u>74323087</u>
TELEFONO:	<u>313 8769620</u>

EXAMEN CLINICO			
ANAMNESIS:			
VACUNAS:	SI ☒ NO ☐	DESPARASITACION:	SI ☒ NO ☐
PESO:	<u>2</u> KG	ACTITUD:	<u>PO. ef</u>
MUCOSAS:	<u>RR</u>	PULSO:	<u>119</u> PPM
TEMPERATURA:	<u>38.1</u> °C	FREC CARD:	<u>2</u> LPM
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLENADO CAPILAR:	<u>1.05</u>
		ENFERMEDAD APARENTE:	

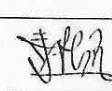
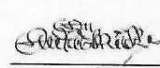
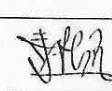
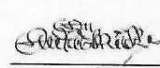
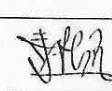
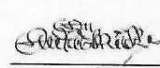
FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg
ANESTESIA	PROPOFOL	5 mg/kg
POST-QUIRURGICO	AMOXISOLLA	2 mg/kg
	MELOXICAM	0.2 mg/kg

OBSERVACIONES:

DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: 

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:	
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post-operatorios.	

NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEDULA <u>74323087</u>	En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA
---	--

<table style="width:100%;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>RT</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </table> <table style="width:100%;"> <tr> <td>METODO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEGUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table>	VALOR CIRUGIA	\$	RT	\$	CAMISA	\$	COLLAR	\$	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$	METODO DE PAGO	EFFECTIVO		BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEGUI		CAJA SOCIAL	<table style="width:100%;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td>17900</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td>20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td></td> </tr> </table> <table style="width:100%;"> <tr> <td>DEBE</td> <td>SALDO</td> <td>PAGO</td> </tr> </table>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	17900	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.		DEBE	SALDO	PAGO
VALOR CIRUGIA	\$																																							
RT	\$																																							
CAMISA	\$																																							
COLLAR	\$																																							
CLORHEXIDINA	\$																																							
TOTAL	\$																																							
METODO DE PAGO	EFFECTIVO																																							
	BANCOLOMBIA																																							
	DAVIPLATA																																							
	DATAFONO																																							
	NEGUI																																							
	CAJA SOCIAL																																							
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	17900																																					
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	20003																																					
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.																																						
DEBE	SALDO	PAGO																																						

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		
	"ESTERILIZANDO ANDO"		VERSION:
	FORMATO		CODIGO:
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO			FECHA:

HISTORIA CLINICA N° <u>18</u>	FECHA: <u>014 MAR 25</u>
-------------------------------	--------------------------

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Boe</u>		
ESPECIE:	CANINO: ☐	FELINO: ☒	RAZA: <u>Criollo</u>
GENERO:	HEMERA: ☒	MACHO: ☐	EDAD: <u>10</u> AÑOS <u>12</u> MESES
			COLOR: <u>Gris y Blanco</u>

DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Paula Cardenas</u>
DIRECCION:	<u>Calle 8ta A 3-48</u>
CEDULA:	<u>1054780355</u>
TELEFONO:	<u>3134500771</u>

EXAMEN CLINICO			
ANAMNESICOS:			
VACUNAS:	SI <u>2</u> NO <u>2</u>	DESPARASITACION:	SI <u>2</u> NO <u>2</u>
PESO:	<u>3</u> KG	ACTITUD:	<u>buena</u>
MUCOSAS:	<u>RA</u>	PULSO:	<u>190</u> PPM
TEMPERATURA:	<u>38.1</u> °C	FREC CARD:	<u>2</u> LPM
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLENADO CAPILAR	<u>2</u> "
		ENFERMEDAD APARENTE	<u>NO</u>
		RESPIRACION:	<u>CA</u>
		CONQ. CORP.	<u>3</u>
		FREC RESP:	<u>36</u> RPM
		ASA:	<u>I</u>
		ULTIMO CELD	

FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg
ANESTESIA	KETAMINA	5 mg/kg
	PROPOFOL	2 mg/kg
POST- QUIRURGICO	AMOXISOLLA	20 mg/kg
	MELoxicam	0.2 mg/kg

OBSERVACIONES:

DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: [Firma]

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:	
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post – operatorios	

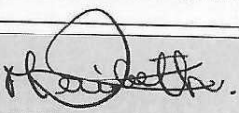
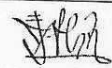
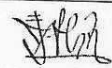
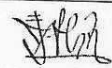
NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE: <u>[Firma]</u> CEDULA: <u>24323080</u>	En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA
--	--

<table style="width:100%;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>RT</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CLOREXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </table>	VALOR CIRUGIA	\$	RT	\$	CAMISA	\$	COLLAR	\$	CLOREXIDINA	\$	TOTAL	\$	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:40%;"> <table style="width:100%;"> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table> </td> <td style="width:60%;"> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:30%;">CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td style="width:30%; text-align: center;"><u>[Firma]</u></td> <td style="width:20%;">TP,</td> <td style="width:20%; text-align: center;">17000</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td style="text-align: center;"><u>[Firma]</u></td> <td>TP,</td> <td style="text-align: center;">20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP,</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width:100%;"> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table>	MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO		BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEQUI		CAJA SOCIAL	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:30%;">CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td style="width:30%; text-align: center;"><u>[Firma]</u></td> <td style="width:20%;">TP,</td> <td style="width:20%; text-align: center;">17000</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td style="text-align: center;"><u>[Firma]</u></td> <td>TP,</td> <td style="text-align: center;">20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP,</td> <td></td> </tr> </table>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP,	17000	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP,	20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP,	
VALOR CIRUGIA	\$																																						
RT	\$																																						
CAMISA	\$																																						
COLLAR	\$																																						
CLOREXIDINA	\$																																						
TOTAL	\$																																						
<table style="width:100%;"> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table>	MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO		BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEQUI		CAJA SOCIAL	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:30%;">CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td style="width:30%; text-align: center;"><u>[Firma]</u></td> <td style="width:20%;">TP,</td> <td style="width:20%; text-align: center;">17000</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td style="text-align: center;"><u>[Firma]</u></td> <td>TP,</td> <td style="text-align: center;">20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP,</td> <td></td> </tr> </table>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP,	17000	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP,	20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP,															
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO																																						
	BANCOLOMBIA																																						
	DAVIPLATA																																						
	DATAFONO																																						
	NEQUI																																						
	CAJA SOCIAL																																						
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP,	17000																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP,	20003																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP,																																					

DEBE	SALDO	PAGO
------	-------	------

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		VERSION:																								
	"ESTERILIZANDO ANDO"		CODIGO:																								
	FORMATO		FECHA:																								
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO																											
HISTORIA CLINICA N° <u>16</u>		FECHA: <u>01 de Mayo de 2018</u>																									
DATOS DEL PACIENTE																											
NOMBRE DE LA MASCOTA: <u>Muñeca</u>		RAZA: <u>Criollo</u>																									
ESPECIE:	CANINO: ☒ FELINO: ☐	EDAD:	<u>2</u> AÑOS <u>4</u> MESES																								
GENERO:	HEMERA: ☒ MACHO: ☐	COLOR:	<u>Araucaria</u>																								
DATOS DEL PROPIETARIO																											
NOMBRE DEL PROPIETARIO: <u>Mauricio fernandez</u>		CEDULA: <u>1054780178</u>																									
DIRECCION: <u>v. Barroca</u>		TELEFONO: <u>3114855962</u>																									
EXÁMEN CLÍNICO																											
ANAMNESIS:																											
VACUNAS:	SI ☒ NO ☐	DESPARASITACIÓN:	SI ☒ NO ☐																								
PESO:	<u>19</u> KG	ACTITUD:	<u>Alerta</u>																								
MUCOSAS:	<u>R8</u>	PULSO:	<u>130</u> PPM																								
TEMPERATURA:	<u>38</u> °C	FREC. CARD.	<u>2</u> LPM																								
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLENADO CAPILAR	<u>2</u> "																								
		ENFERMEDAD APARENTE	<u>W</u>																								
		RESPIRACION:	<u>CA</u>																								
		COND. CORP.	<u>3</u>																								
		FREC. RESP	<u>36</u> RPM																								
		ASA:	<u>I</u>																								
		ULTIMO CELO	<u>2</u>																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>FASE PROCEDIMIENTO</th> <th>MEDICAMENTO</th> <th>DOSES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PREANALGESICO</td> <td>XILACINA</td> <td>1 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>ANESTESIA</td> <td>RETAMBA</td> <td>5 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>POST- QUIRURGICO</td> <td>AMONISOL LA</td> <td>2 mg/kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MELOXICAM</td> <td>20 mg/kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>0.2 mg/kg</td> </tr> </tbody> </table>				FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSES	PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg	ANESTESIA	RETAMBA	5 mg/kg	POST- QUIRURGICO	AMONISOL LA	2 mg/kg		MELOXICAM	20 mg/kg			0.2 mg/kg						
FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSES																									
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg																									
ANESTESIA	RETAMBA	5 mg/kg																									
POST- QUIRURGICO	AMONISOL LA	2 mg/kg																									
	MELOXICAM	20 mg/kg																									
		0.2 mg/kg																									
OBSERVACIONES:																											
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS, Atentamente: <u>Mauricio R</u>																											
CONSENTIMIENTO INFORMADO																											
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO: 1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR aún bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post - operatorios																											
<u>Mauricio R</u> NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEDULA: <u>1054780178</u>		En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>VALOR CIRUGIA</th> <th>\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>KIT</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CLORHIDRINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </tbody> </table>		VALOR CIRUGIA	\$	KIT	\$	CAMISA	\$	COLLAR	\$	CLORHIDRINA	\$	TOTAL	\$	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</th> <th>TP.</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>[Firma]</u></td> <td></td> <td>17000</td> </tr> <tr> <td><u>[Firma]</u></td> <td></td> <td>20003</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	TP.		<u>[Firma]</u>		17000	<u>[Firma]</u>		20003			
VALOR CIRUGIA	\$																										
KIT	\$																										
CAMISA	\$																										
COLLAR	\$																										
CLORHIDRINA	\$																										
TOTAL	\$																										
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	TP.																										
<u>[Firma]</u>		17000																									
<u>[Firma]</u>		20003																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>MEDIO DE PAGO</th> <th>EFFECTIVO</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO			BANCOLOMBIA			DAVIPLATA			DATAFONO			NEQUI			CAJA SOCIAL		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DEBE</th> <th>SALDO</th> <th>PAGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		DEBE	SALDO	PAGO			
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO																										
	BANCOLOMBIA																										
	DAVIPLATA																										
	DATAFONO																										
	NEQUI																										
	CAJA SOCIAL																										
DEBE	SALDO	PAGO																									

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		VERSION:																																				
	"ESTERILIZANDO ANDO"		CODIGO:																																				
	FORMATO		FECHA:																																				
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO																																							
HISTORIA CLINICA N° <u>20</u>		FECHA: <u>01/11/2018</u>																																					
DATOS DEL PACIENTE																																							
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Pango</u>		RAZA:																																				
ESPECIE:	CANINO: ☒ FELINO: ☐	EDAD:	<u>8</u> AÑOS <u>2</u> MESES																																				
GENERO:	HEMERA: ☐ MACHO: ☒	COLOR:	<u>Amarillo</u>																																				
DATOS DEL PROPIETARIO																																							
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Blanca Ariza</u>		CEDULA:																																				
DIRECCION:	<u>Canoa</u>		TELEFONO:																																				
		<u>3142608251</u>																																					
EXÁMEN CLÍNICO																																							
ANAMNESICOS:																																							
VACUNAS:	SI ☒ NO ☐	DESPARASITACIÓN:	SI ☒ NO ☐																																				
PESO:	<u>17</u> KG	ACTITUD:	<u>Alerta</u>																																				
MUCOSAS:	<u>RR</u>	PULSO:	<u>121</u> PPM																																				
TEMPERATURA:	<u>38.2</u> °C	FREC. CARD:	<u>121</u> LPM																																				
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLENADO CAPILAR:	<u>2</u> "																																				
		ENFERMEDAD APARENTE:	<u>KS</u>																																				
		RESPIRACION:	<u>CA</u>																																				
		COND. CORP.	<u>3</u>																																				
		FREC. RESP:	<u>26</u> RPM																																				
		ASA:	<u>I</u>																																				
		ULTIMO CELO:	<u>—</u>																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>FASE PROCEDIMIENTO</th> <th>MEDICAMENTO</th> <th>DOSIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PREANALGESICO</td> <td>XILACINA</td> <td>1 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>ANESTESIA</td> <td>PROPOFOL</td> <td>5 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>POST-QUIRURGICO</td> <td>AMOXISOL LA</td> <td>2 mg/kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MELOXICAM</td> <td>0.2 mg/kg</td> </tr> </tbody> </table>				FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS	PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg	ANESTESIA	PROPOFOL	5 mg/kg	POST-QUIRURGICO	AMOXISOL LA	2 mg/kg		MELOXICAM	0.2 mg/kg																					
FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS																																					
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg																																					
ANESTESIA	PROPOFOL	5 mg/kg																																					
POST-QUIRURGICO	AMOXISOL LA	2 mg/kg																																					
	MELOXICAM	0.2 mg/kg																																					
OBSERVACIONES:																																							
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS, Atentamente: <u>Blanca Ariza</u>																																							
CONSENTIMIENTO INFORMADO																																							
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:																																							
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realizacion de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR aún bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post-operatorios																																							
<u>Blanca Ariza</u> NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE <u>24120180</u> CEDULA		En calidad de Cirujano y/o Anestesiologo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, informacion completa sobre el procedimiento quirurgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovarioestrectomia (Hembras), Orquiectomia (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptacion para la realizacion del procedimiento quirurgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, ademas dar la autorizacion para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>INT</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$ TALLA <u>—</u></td> </tr> <tr> <td>CLORHIDRINA</td> <td>\$ <u>10.000</u></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$ <u>10.000</u></td> </tr> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table>		VALOR CIRUGIA	\$	INT	\$	CAMISA	\$	COLLAR	\$ TALLA <u>—</u>	CLORHIDRINA	\$ <u>10.000</u>	TOTAL	\$ <u>10.000</u>	MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO		BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEQUI		CAJA SOCIAL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>17900</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>—</u></td> <td>TP.</td> <td><u>—</u></td> </tr> </table>		CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>—</u>	TP.	<u>—</u>
VALOR CIRUGIA	\$																																						
INT	\$																																						
CAMISA	\$																																						
COLLAR	\$ TALLA <u>—</u>																																						
CLORHIDRINA	\$ <u>10.000</u>																																						
TOTAL	\$ <u>10.000</u>																																						
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO																																						
	BANCOLOMBIA																																						
	DAVIPLATA																																						
	DATAFONO																																						
	NEQUI																																						
	CAJA SOCIAL																																						
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>—</u>	TP.	<u>—</u>																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>DEBE</td> <td>SALDO</td> <td>PAGO</td> </tr> </table>		DEBE	SALDO	PAGO																																			
DEBE	SALDO	PAGO																																					

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		VERSION:																																																
	"ESTERILIZANDO ANDO"		CODIGO:																																																
	FORMATO		FECHA:																																																
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO																																																			
HISTORIA CLINICA N° <u>21</u>		FECHA: <u>04 M 16 A 25</u>																																																	
DATOS DEL PACIENTE																																																			
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Antonele</u>		RAZA:																																																
ESPECIE:	CANINO: ☒ FELINO: ☐	EDAD:	<u>2</u> AÑOS <u>1</u> MESES																																																
GENERO:	HEMERA: ☒ MACHO: ☐	COLOR:	<u>Negra</u>																																																
DATOS DEL PROPIETARIO																																																			
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Fredy Sanchez</u>		CECULA:																																																
DIRECCION:	<u>cra 3ra A 2-54</u>		TELEFONO:																																																
EXAMEN CLINICO																																																			
ANAMNESICOS:																																																			
VACUNAS:	SI ☒ NO ☐	DESPARASITACION:	SI ☒ NO ☐																																																
PESO:	<u>18</u> KG	ACTITUD:	<u>Alerta</u>																																																
MUCOSAS:	<u>RR</u>	PULSO:	<u>130</u> PPM																																																
TEMPERATURA:	<u>38</u> °C	FREC CARD:	<u>2</u> LPM																																																
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLEVADO CAPILAR:	<u>2</u> "																																																
		ENFERMEDAD APARENTE:	<u>NO</u>																																																
		RESPIRACION:	<u>CA</u>																																																
		CONCL CORP:	<u>3</u>																																																
		FREC RESP:	<u>28</u> RPM																																																
		ASA:	<u>#</u>																																																
		ULTIMO CULO:	<u>F</u>																																																
FASE PROCEDIMIENTO																																																			
PRESANALGESICO	XILACINA	DOSIS																																																	
ANESTESIA	PROPOFOL	1 mg/kg																																																	
POST-QUIRURGICO	AMOXISOL LA	5 mg/kg																																																	
	MELOXICAM	2 mg/kg																																																	
		20 mg/kg																																																	
		0.2 mg/kg																																																	
OBSERVACIONES:																																																			
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: 																																																			
CONSENTIMIENTO INFORMADO																																																			
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:																																																			
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de pérdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post-operatorios.																																																			
 NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CECULA		En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INT</td> <td>\$</td> <td><u>15.000</u></td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> <td><u>16.00</u></td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$</td> <td>TALLA</td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> <td><u>10.000</u></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> <td><u>40.000</u></td> </tr> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> <td>☒</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> <td></td> </tr> </table>		VALOR CIRUGIA	\$		INT	\$	<u>15.000</u>	CAMISA	\$	<u>16.00</u>	COLLAR	\$	TALLA	CLORHEXIDINA	\$	<u>10.000</u>	TOTAL	\$	<u>40.000</u>	MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO			BANCOLOMBIA			DAVIPLATA			DATAFONO			NEQUI	☒		CAJA SOCIAL		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td><u>17900</u></td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td><u>20003</u></td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td></td> </tr> </table>		CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	<u>17900</u>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	<u>20003</u>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	
VALOR CIRUGIA	\$																																																		
INT	\$	<u>15.000</u>																																																	
CAMISA	\$	<u>16.00</u>																																																	
COLLAR	\$	TALLA																																																	
CLORHEXIDINA	\$	<u>10.000</u>																																																	
TOTAL	\$	<u>40.000</u>																																																	
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO																																																		
	BANCOLOMBIA																																																		
	DAVIPLATA																																																		
	DATAFONO																																																		
	NEQUI	☒																																																	
	CAJA SOCIAL																																																		
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	<u>17900</u>																																																
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	<u>20003</u>																																																
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>DEBE</td> <td>BALDO</td> <td>PAGO</td> </tr> </table>		DEBE	BALDO	PAGO																																															
DEBE	BALDO	PAGO																																																	

	UNIDAD MÓVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		
	"ESTERILIZANDO ANDO"		VERSION:
	FORMATO		CODIGO:
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO			FECHA:

HISTORIA CLINICA N° <u>22</u>		FECHA: <u>04 MAR 2023</u>	
-------------------------------	--	---------------------------	--

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Pistacho Parada</u>		
ESPECIE:	CANINO: ☒	FELINO: ☐	RAZA: <u>Cslo 110</u>
GENERO:	HEMERA: ☐	MACHO: ☒	EDAD: <u>2</u> AÑOS <u>0</u> MESES
			COLOR: <u>Amarillo</u>

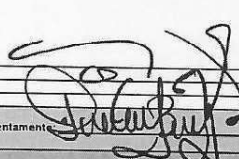
DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Sebastian Parada</u>
DIRECCION:	<u>canes</u>
CEDULA:	<u>26120749</u>
TEL FONO:	<u>312 913 9876</u>

EXÁMEN CLÍNICO			
ANAMNESIS:			
VACUNAS:	SI <u>X</u> NO <u> </u>	DESPARASITACIÓN:	SI <u>X</u> NO <u> </u>
PESO:	<u>16</u> KG	ACTITUD:	<u>Alerto</u>
MUCOSAS:	<u>R8</u>	PULSO:	<u>131</u> PPM
TEMPERATURA:	<u>37.9°C</u>	FREC CARD:	<u>2</u> LPM
GANGLIOS:	NORMAL <u>7</u>	TIEMPO LLEVADO CAMILAR:	<u>NO</u>
	ANORMAL <u> </u>	ENFERMEDAD APARENTE:	<u> </u>
		RESPIRACION:	<u>CA</u>
		CONQ. CORP.	<u>3</u>
		FREC RESP:	<u>21</u> RPM
		ASA:	<u>I</u>
		ULTIMO CELO:	<u> </u>

FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg
ANESTESIA	KETAMINA	5 mg/kg
	PROPOFOL	2 mg/kg
POST- QUIRURGICO	AMOXICILINA	20 mg/kg
	MELoxicam	0.2 mg/kg

OBSERVACIONES:

DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS, Atentamente:



CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:	
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR aún bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta 7. Acuso recibo fórmula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post-operatorios	
 NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEDULA <u>26120749</u>	En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, ademas dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>RT</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table>	VALOR CIRUGIA	\$	RT	\$	CAMISA	\$	COLLAR	\$	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$	MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO		BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEQUI		CAJA SOCIAL	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td>17900</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td>20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td></td> </tr> </table>	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	17900	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	
VALOR CIRUGIA	\$																																				
RT	\$																																				
CAMISA	\$																																				
COLLAR	\$																																				
CLORHEXIDINA	\$																																				
TOTAL	\$																																				
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO																																				
	BANCOLOMBIA																																				
	DAVIPLATA																																				
	DATAFONO																																				
	NEQUI																																				
	CAJA SOCIAL																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	17900																																		
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	20003																																		
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.																																			

DEBE	SALDO	PAGÓ
------	-------	------

 Unidad Móvil Veterinaria Patatas Arriba S.A.S. Esterilizando Ando	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		
	"ESTERILIZANDO ANDO"		VERSION:
	FORMATO		CODIGO:
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO			FECHA:

HISTORIA CLINICA N° <u>23</u>		FECHA: <u>14</u> <u>M</u> <u>25</u>																									
DATOS DEL PACIENTE																											
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Licha</u>		RAZA:																								
ESPECIE:	CANINO: ☒ FELINO: ☐	EDAD:	<u>1</u> AÑOS <u>4</u> MESES																								
GENERO:	HEMERA: ☒ MACHO: ☐	COLOR:	<u>Blanco y Negro</u>																								
DATOS DEL PROPIETARIO																											
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Juan Ruiz</u>		CEDULA:																								
DIRECCION:	<u>Cucavaca</u>		TELEFONO:																								
		<u>3152398777</u>																									
EXAMEN CLINICO																											
ANAMNESICOS:																											
VACUNAS: SI ☒ NO ☐																											
PESO:	<u>15</u> KG	DESPARASITACION:	SI ☒ NO ☐																								
MUCOSAS:	<u>RR</u>	ACTITUD:	<u>Alto</u>																								
TEMPERATURA:	<u>37.9</u> °C	PULSO:	<u>121</u> PPM																								
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	FREC CARD:	<u>2</u> LPM																								
		TIEMPO LLENADO CAPILAR:	<u>2</u> "																								
		ENFERMEDAD APARENTE:	<u>CA</u>																								
		ULTIMO CULO:	<u>3</u>																								
		FREC RESP:	<u>25</u> RPM																								
		ASA:	<u>I</u>																								
FASE PROCEDIMIENTO																											
PREANALGESICO	XILACINA	DOSES																									
ANESTESIA	KETAMINA	1 mg/kg																									
POST-QUIRURGICO	AMOXISOLLA	5 mg/kg																									
	MELOXICAM	2 mg/kg																									
		0.2 mg/kg																									
OBSERVACIONES:																											
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: <u>Juan Ruiz</u>																											
CONSENTIMIENTO INFORMADO																											
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:																											
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de pérdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post-operatorios.																											
<u>Juan Ruiz</u> NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEDULA <u>1002586651</u>		En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS , además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>INT</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </table>		VALOR CIRUGIA	\$	INT	\$	CAMISA	\$	COLLAR	\$	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>17900</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td></td> </tr> </table>		CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	
VALOR CIRUGIA	\$																										
INT	\$																										
CAMISA	\$																										
COLLAR	\$																										
CLORHEXIDINA	\$																										
TOTAL	\$																										
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900																								
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003																								
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table>		MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO		BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEQUI		CAJA SOCIAL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>DEBE</td> <td>SALDO</td> <td>PAGO</td> </tr> </table>		DEBE	SALDO	PAGO									
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO																										
	BANCOLOMBIA																										
	DAVIPLATA																										
	DATAFONO																										
	NEQUI																										
	CAJA SOCIAL																										
DEBE	SALDO	PAGO																									

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS			
	"ESTERILIZANDO ANDO"		VERSION:	
	FORMATO		CODIGO:	
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO				FECHA:

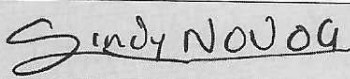
HISTORIA CLINICA N° <u>24</u>		FECHA: <u>04 M. 12 A. 25</u>	
DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Laika</u>	RAZA:	<u>Criollo</u>
ESPECIE:	CANINO: ☒ FELINO: ☐	EDAD:	<u>2</u> AÑOS <u>2</u> MESES
GENERO:	HEMBRA: ☒ MACHO: ☐	COLOR:	<u>Negro</u>
DATOS DEL PROPIETARIO			
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Sindy Novoa</u>		CEDULA:
DIRECCION:	<u>Richy</u>		TELEFONO:
		<u>31 8327087</u>	
EXAMEN CLINICO			
ANAMNESIS:			
VACUNAS: SI ☒ NO ☐			
PESO:	<u>12</u> KG	DESPARASITACION:	SI ☒ NO ☐
MUCOSAS:	<u>RR</u>	ACTITUD:	<u>Alerta</u>
TEMPERATURA:	<u>38.1</u> °C	PULSO:	<u>179</u> PPM
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	FREC CARD:	<u>2</u> LPM
		TIEMPO LLENADO CAPILAR	<u>2</u> "
		ENFERMEDAD APARENTE	<u>NO</u>
		RESPIRACION:	<u>CA</u>
		COND. CORP.	<u>3</u>
		FREC RESP:	<u>26</u> RPM
		ASA:	<u>F</u>
		ULTIMO CELO	<u>—</u>

FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSES
PREANALGESICO	XLACINA	1 mg/kg
ANESTESIA	KEFAMIA	5 mg/kg
POST- QUIRURGICO	AMOXISOLLA	2 mg/kg
	MELOXICAM	0.2 mg/kg

OBSERVACIONES:

DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: Sindy Novoa

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:	
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR aún bajo sedación a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post-operatorios	

		En calidad de Cirujano y/o Anestesiologo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomia (Hembras), Orquiectomia (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA	
NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEDULA <u>23 624 012</u>		CIRUJANO/ANESTESIOLOGO <u>[Signature]</u> TP. <u>17900</u> CIRUJANO/ANESTESIOLOGO <u>[Signature]</u> TP. <u>20003</u> CIRUJANO/ANESTESIOLOGO _____ TP. _____	

VALOR CIRUGIA	\$
KIT	\$
CAMISA	\$
COLLAR	\$ <u>13.000</u> TALLA _____
CLORHEXIDINA	\$ <u>10.000</u>
TOTAL	\$ <u>23.000</u>
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO
	BANCOLOMBIA
	DAVIPLATA
	DATAFONO
	NEQUI
	CAJA SOCIAL

DEBE	SALDO	PAGO
------	-------	------

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS			
	"ESTERILIZANDO ANDO"		VERSION:	
	FORMATO		CODIGO:	
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO			FECHA:	

HISTORIA CLINICA N° <u>25</u>		FECHA: <u>014 M. 12 A. 25</u>																																					
DATOS DEL PACIENTE																																							
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Mano</u>																																						
ESPECIE:	CANINO: ☐	FELINO: ☒	RAZA: <u>C81 010</u>																																				
GENERO:	HEMBRA: ☐	MACHO: ☒	EDAD: <u>3</u> AÑOS <u>4</u> MESES																																				
		COLOR:	<u>Amarillo</u>																																				
DATOS DEL PROPIETARIO																																							
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Sindy Novoa</u>																																						
DIRECCION:	<u>Rich</u>																																						
CEBULA:	<u>23624012</u>																																						
TELEFONO:	<u>311 8329087</u>																																						
EXAMEN CLINICO																																							
ANAMNESIS:																																							
VACUNAS: SI ☒ NO ☐																																							
PESO:	<u>2.6</u> KG	DESPARASITACION:	SI ☒ NO ☐																																				
MUCOSAS:	<u>PA</u>	ACTITUD:	<u>Doel</u>																																				
TEMPERATURA:	<u>39</u> °C	PULSO:	<u>191</u> PPM																																				
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	FREC CARD:	<u>191</u> LPM																																				
		TIEMPO LLEVADO CAPILAR:	<u>2</u>																																				
		ENFERMEDAD APARENTE:	<u>NO</u>																																				
FASE PROCEDIMIENTO		MEDICAMENTO																																					
PREANALGESICO	XILACINA	DOSIS																																					
ANESTESIA	PROPOFOL	1 mg/kg																																					
POST- QUIRURGICO	AMOXISOL LA	5 mg/kg																																					
	MELoxicam	2 mg/kg																																					
		0.2 mg/kg																																					
OBSERVACIONES:																																							
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: <u>SINDY NOVOA</u>																																							
CONSENTIMIENTO INFORMADO																																							
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:																																							
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro <u>RECHAZAR</u> la realización de <u>EXAMENES PRE QUIRURGICOS</u> sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo <u>TATUAR</u> a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post- operatorios																																							
<u>Sindy Novoa</u> NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEBULA: <u>23624012</u>		En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico <u>SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS</u> , además dar la autorización para <u>TATUAR</u> la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>VALOR CIRUGIA</td><td>\$</td></tr> <tr><td>INT</td><td>\$</td></tr> <tr><td>CAMISA</td><td>\$</td></tr> <tr><td>COLLAR</td><td>\$ <u>13.000</u> TALLA <u> </u></td></tr> <tr><td>CLORHEXIDINA</td><td>\$</td></tr> <tr><td>TOTAL</td><td>\$ <u>13.000</u></td></tr> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> </tr> <tr><td colspan="2">BANCOLOMBIA</td></tr> <tr><td colspan="2">DAVIPLATA</td></tr> <tr><td colspan="2">DATAFONO</td></tr> <tr><td colspan="2">NEQUI</td></tr> <tr><td colspan="2">CAJA SOCIAL</td></tr> </table>		VALOR CIRUGIA	\$	INT	\$	CAMISA	\$	COLLAR	\$ <u>13.000</u> TALLA <u> </u>	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$ <u>13.000</u>	MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO	BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEQUI		CAJA SOCIAL		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>17000</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u> </u></td> <td>TP.</td> <td><u> </u></td> </tr> </table>		CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17000	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u> </u>	TP.	<u> </u>
VALOR CIRUGIA	\$																																						
INT	\$																																						
CAMISA	\$																																						
COLLAR	\$ <u>13.000</u> TALLA <u> </u>																																						
CLORHEXIDINA	\$																																						
TOTAL	\$ <u>13.000</u>																																						
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO																																						
BANCOLOMBIA																																							
DAVIPLATA																																							
DATAFONO																																							
NEQUI																																							
CAJA SOCIAL																																							
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17000																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u> </u>	TP.	<u> </u>																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>DEBE</td><td>SALDO</td><td>PAGÓ</td></tr> </table>		DEBE	SALDO	PAGÓ																																			
DEBE	SALDO	PAGÓ																																					

 Patras Arriba SAS Esterilizando Ando	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		
	"ESTERILIZANDO ANDO"		VERSION:
	FORMATO		CODIGO:
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO			FECHA:

HISTORIA CLINICA N° <u>26</u>	FECHA: <u>04 M. DE A. 11</u>
-------------------------------	------------------------------

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Wona</u>		
ESPECIE:	CANINO: ☒	FELINO: ☐	RAZA: <u>Criollo</u>
GENERO:	HEMERA: ☒	MACHO: ☐	EDAD: <u>9</u> AÑOS <u>1</u> MESES <u>1</u>
			COLOR: <u>Azul oscuro</u>

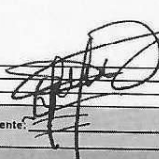
DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Ana Diaz</u>
DIRECCION:	<u>Boyan</u>
CECULA:	<u>1069078720</u>
TELEFONO:	<u>311 862 8321</u>

EXAMEN CLINICO			
ANAMNESICOS:			
VACUNAS:	SI ☒ NO ☐	DESPARASITACION:	SI ☒ NO ☐
PESO:	<u>8</u> KG	ACTITUD:	<u>Alerta</u>
MUCOSAS:	<u>R0</u>	PULSO:	<u>726</u> PPM
TEMPERATURA:	<u>38.0°C</u>	FREC CARD:	<u>2</u> LPM
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLAVADO CAPILAR:	<u>2</u>
		ENFERMEDAD APARENTE:	<u>NO</u>
		RESPIRACION:	<u>CA</u>
		CONUL CORP:	<u>3</u>
		FREC RESP:	<u>28</u> RPM
		ASA:	<u>I</u>
		ULTIMO CELO:	<u>—</u>

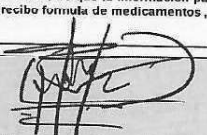
FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg
ANESTESIA	KETARVIA	5 mg/kg
POST- QUIRURGICO	AMOXISOL LA	2 mg/kg
	MELOXICAM	0.2 mg/kg

OBSERVACIONES:

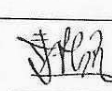
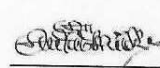
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente:



CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:	
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post - operatorios	

 NOMBRE DEL PROPIETARIO RESPONSABLE: CECULA <u>1069078720</u>	En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomia (Hembras), Orquiectomia (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA
--	---

VALOR CIRUGIA	\$	
INT	\$	
CAMISA	\$	
COLLAR	\$	TALLA <u> </u>
CLORHEXIDINA	\$	<u>10.000</u>
TOTAL	\$	<u>10.000</u>
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO	
	BANCOLOMBIA	
	DAVIPLATA	
	DATAFONO	
	NEQUI	
	CAJA SOCIAL	

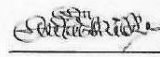
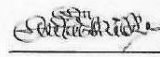
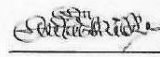
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	17000
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	20003
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	

DEBE	SALDO	PAGÓ
------	-------	------

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		VERSION:																																				
	"ESTERILIZANDO ANDO"		CODIGO:																																				
	FORMATO		FECHA:																																				
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO																																							
HISTORIA CLINICA N° <u>27</u>		FECHA: <u>04 M. 12 A. 15</u>																																					
DATOS DEL PACIENTE																																							
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Ron</u>		RAZA:																																				
ESPECIE:	CANINO: ☐ FELINO: ☒	EDAD:	<u>11</u> AÑOS <u>2</u> MESES																																				
GENERO:	HEMERA: ☐ MACHO: ☒	COLOR:	<u>Cafe</u>																																				
DATOS DEL PROPIETARIO																																							
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Mariana Garay</u>		CEDULA:																																				
DIRECCION:	<u>Centro</u>		TELEFONO:																																				
<u>3118842753</u>																																							
EXAMEN CLINICO																																							
ANAMNESIS:																																							
VACUNAS: SI ☒ NO ☐																																							
PESO:	<u>3.1</u> KG	DESPARASITACION:	SI ☒ NO ☐																																				
MUCOSAS:	<u>BB</u>	ACTITUD:	<u>Alerja</u>																																				
TEMPERATURA:	<u>39</u> °C	PULSO:	<u>191</u> PPM																																				
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	FREC CARD:	<u>191</u> LPM																																				
		TIEMPO LLENADO CAPILAR	<u>2</u> "																																				
		ENFERMEDAD APARENTE	<u>MS</u>																																				
		RESPIRACION:	<u>CA</u>																																				
		COND. CORP.	<u>3</u>																																				
		FREC RESP	<u>36</u> RPM																																				
		ASA:	<u>I</u>																																				
		ULTIMO CBL	<u>—</u>																																				
FASE PROCEDIMIENTO																																							
PREANALGESICO	XLACINA	DOSIS	1 mg/kg																																				
ANESTESIA	PROPOFOL	DOSIS	5 mg/kg																																				
POST-QUIRURGICO	AMOXISOL LA	DOSIS	20 mg/kg																																				
	MELCICAM	DOSIS	0.2 mg/kg																																				
OBSERVACIONES:																																							
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: <u>Mariana Garay T.</u>																																							
CONSENTIMIENTO INFORMADO																																							
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:																																							
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervencion quirurgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post-operatorios																																							
NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE <u>Mariana Garay T.</u> CEDULA <u>53.038.432</u>		En calidad de Cirujano y/o Anestesiologo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, informacion completa sobre el procedimiento quirurgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomia (Hembras), Orquiectomia (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptacion para la realizacion del procedimiento quirurgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, ademas dar la autorizacion para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>KIT</td> <td>\$ <u>15.000</u></td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$ TALLA <u>—</u></td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$ <u>15.000</u></td> </tr> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table>		VALOR CIRUGIA	\$	KIT	\$ <u>15.000</u>	CAMISA	\$	COLLAR	\$ TALLA <u>—</u>	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$ <u>15.000</u>	MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO		BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEQUI		CAJA SOCIAL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>17900</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td></td> </tr> </table>		CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	
VALOR CIRUGIA	\$																																						
KIT	\$ <u>15.000</u>																																						
CAMISA	\$																																						
COLLAR	\$ TALLA <u>—</u>																																						
CLORHEXIDINA	\$																																						
TOTAL	\$ <u>15.000</u>																																						
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO																																						
	BANCOLOMBIA																																						
	DAVIPLATA																																						
	DATAFONO																																						
	NEQUI																																						
	CAJA SOCIAL																																						
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>DEBE</td> <td>SALDO</td> <td>PAGO</td> </tr> </table>		DEBE	SALDO	PAGO																																			
DEBE	SALDO	PAGO																																					

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		VERSION:																								
	"ESTERILIZANDO ANDO"		CODIGO:																								
	FORMATO		FECHA:																								
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO																											
HISTORIA CLINICA N° <u>28</u>		FECHA: <u>04 M. 12 A 25</u>																									
DATOS DEL PACIENTE																											
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>SH</u>	RAZA:	<u>aficio</u>																								
ESPECIE:	CANINO: ☒ FELINO: ☐	EDAD:	<u>7</u> AÑOS <u>8</u> MESES																								
GENERO:	HEMERA: ☒ MACHO: ☐	COLOR:	<u>Negra</u>																								
DATOS DEL PROPIETARIO																											
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Blanco Alfonso</u>		CEDULA:																								
DIRECCION:	<u>Reserva</u>		TELEFONO:																								
		<u>314 2676780</u>																									
EXÁMEN CLINICO																											
ANAMNESICOS:																											
VACUNAS: SI ☒ NO ☐																											
PESO:	<u>12</u> KG	DESPARASITACION:	SI ☒ NO ☐																								
MUCOSAS:	<u>RR</u>	ACTITUD:	<u>desp</u>																								
TEMPERATURA:	<u>38.2</u> °C	PULSO:	<u>120</u> PPM																								
GANGLIOS:	NORMAL ☐ ANORMAL ☐	FREC CARD:	<u>2</u> LPM																								
		TIEMPO LLEVADO CAPILAR	<u>10</u>																								
		ENFERMEDAD APARENTE																									
		RESPIRACION:	<u>CA</u>																								
		CONEL CORP:	<u>3</u>																								
		FREC RESP:	<u>26</u> RPM																								
		ASA:	<u>F</u>																								
		ULTIMO CULO	<u>—</u>																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>FASE PROCEDIMIENTO</th> <th>MEDICAMENTO</th> <th>DOSIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PREANALGESICO</td> <td>XILACINA</td> <td>1 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>ANESTESIA</td> <td>RETAQUIN</td> <td>5 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>POST- QUIRURGICO</td> <td>AMOXICILINA</td> <td>2 mg/kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MELoxicam</td> <td>20 mg/kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>0.2 mg/kg</td> </tr> </tbody> </table>				FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS	PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg	ANESTESIA	RETAQUIN	5 mg/kg	POST- QUIRURGICO	AMOXICILINA	2 mg/kg		MELoxicam	20 mg/kg			0.2 mg/kg						
FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS																									
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg																									
ANESTESIA	RETAQUIN	5 mg/kg																									
POST- QUIRURGICO	AMOXICILINA	2 mg/kg																									
	MELoxicam	20 mg/kg																									
		0.2 mg/kg																									
OBSERVACIONES:																											
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: <u>Maria A</u>																											
CONSENTIMIENTO INFORMADO																											
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:																											
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post - operatorios																											
<u>Maria A</u> NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEDULA <u>1028884098</u>		En calidad de Cirujano y/o Anestesiologo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, informacion completa sobre el procedimiento quirurgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovarioestrectomia (Hembras), Orquiectomia (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptacion para la realizacion del procedimiento quirurgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, ademas dar la autorizacion para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>INT</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </table>		VALOR CIRUGIA	\$	INT	\$	CAMISA	\$	COLLAR	\$	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>17900</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td><u>[Firma]</u></td> <td>TP.</td> <td>20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td></td> </tr> </table>		CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	
VALOR CIRUGIA	\$																										
INT	\$																										
CAMISA	\$																										
COLLAR	\$																										
CLORHEXIDINA	\$																										
TOTAL	\$																										
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	17900																								
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	<u>[Firma]</u>	TP.	20003																								
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table>		MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO		BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEQUI		CAJA SOCIAL	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>DEBE</td> <td>SALDO</td> <td>PAGÓ</td> </tr> </table>		DEBE	SALDO	PAGÓ									
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO																										
	BANCOLOMBIA																										
	DAVIPLATA																										
	DATAFONO																										
	NEQUI																										
	CAJA SOCIAL																										
DEBE	SALDO	PAGÓ																									

	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		VERSION:																								
	"ESTERILIZANDO ANDO"		CODIGO:																								
	FORMATO		FECHA:																								
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO																											
HISTORIA CLINICA N° <u>29</u>		FECHA: <u>04 MAR 21</u>																									
DATOS DEL PACIENTE																											
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Nala</u>		RAZA:																								
ESPECIE:	CANINO: ☐	FELINO: ☒	EDAD:																								
GENERO:	HEMERA: ☒	MACHO: ☐	AÑOS: <u>8</u> MESES: <u>2</u>																								
		COLOR:	<u>Negro</u>																								
DATOS DEL PROPIETARIO																											
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Lizeth Bohórquez</u>		CEDULA:																								
DIRECCION:	<u>Canas</u>		TELEFONO:																								
		<u>321 3555811</u>																									
EXAMEN CLINICO																											
ANAMNESICOS:																											
VACUNAS:	SI ☐ NO ☒	DESPARASITACION:	SI ☐ NO ☒																								
PESO:	<u>3</u> KG	ACTITUD:	<u>Alerta</u>																								
MUCOSAS:	<u>R8</u>	PULSO:	<u>Post 170</u> PPM																								
TEMPERATURA:	<u>38</u> °C	FREC CARD:	<u>170</u> LPM																								
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLENADO CAMILAR:	<u>2</u> "																								
		ENFERMEDAD APARENTE:	<u>NO</u>																								
		RESPIRACION:	<u>CA</u>																								
		CONI. CORP.	<u>3</u>																								
		FREC RESP	<u>36</u> RPM																								
		ARA:	<u>I</u>																								
		ULTIMO CELO	<u>-</u>																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>FASE PROCEDIMIENTO</th> <th>MEDICAMENTO</th> <th>DOSIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PREANALGESICO</td> <td>XILACINA</td> <td>1 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>ANESTESIA</td> <td>PROPOFOL</td> <td>5 mg/kg</td> </tr> <tr> <td>POST- QUIRURGICO</td> <td>AMOXISOLLA</td> <td>2 mg/kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MELORICAM</td> <td>0.2 mg/kg</td> </tr> </tbody> </table>				FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS	PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg	ANESTESIA	PROPOFOL	5 mg/kg	POST- QUIRURGICO	AMOXISOLLA	2 mg/kg		MELORICAM	0.2 mg/kg									
FASE PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTO	DOSIS																									
PREANALGESICO	XILACINA	1 mg/kg																									
ANESTESIA	PROPOFOL	5 mg/kg																									
POST- QUIRURGICO	AMOXISOLLA	2 mg/kg																									
	MELORICAM	0.2 mg/kg																									
OBSERVACIONES:																											
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: <u>Angie Bohórquez</u>																											
CONSENTIMIENTO INFORMADO																											
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:																											
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de perdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post-operatorios.																											
<u>Angie Bohórquez</u> NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CEDULA <u>1054780233</u>		En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS, además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PARTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA.																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>VALOR CIRUGIA</th> <th>\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INT</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </tbody> </table>		VALOR CIRUGIA	\$	INT	\$	CAMISA	\$	COLLAR	\$	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</th> <th>TP.</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>[Firma]</u></td> <td></td> <td>17900</td> </tr> <tr> <td><u>[Firma]</u></td> <td></td> <td>20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td>TP.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	TP.		<u>[Firma]</u>		17900	<u>[Firma]</u>		20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	TP.	
VALOR CIRUGIA	\$																										
INT	\$																										
CAMISA	\$																										
COLLAR	\$																										
CLORHEXIDINA	\$																										
TOTAL	\$																										
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	TP.																										
<u>[Firma]</u>		17900																									
<u>[Firma]</u>		20003																									
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO	TP.																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>MEDIO DE PAGO</th> <th>EFFECTIVO</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BANCOLOMBIA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DAVIPLATA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DATAFONO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NEQUI</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CAJA SOCIAL</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO		BANCOLOMBIA			DAVIPLATA			DATAFONO			NEQUI			CAJA SOCIAL			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DEBE</th> <th>SALDO</th> <th>PAGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		DEBE	SALDO	PAGO			
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO																										
BANCOLOMBIA																											
DAVIPLATA																											
DATAFONO																											
NEQUI																											
CAJA SOCIAL																											
DEBE	SALDO	PAGO																									

	UNIDAD MÓVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA SAS		VERSION:																																				
	"ESTERILIZANDO ANDO"		CODIGO:																																				
	FORMATO		FECHA:																																				
HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO																																							
HISTORIA CLINICA N° <u>30</u>		FECHA: <u>014 MAR 2025</u>																																					
DATOS DEL PACIENTE																																							
NOMBRE DE LA MASCOTA:	<u>Manchay</u>		RAZA: <u>Csillo</u>																																				
ESPECIE:	CANINO: ☐	FELINO: ☒	EDAD: <u>10</u> AÑOS <u>2</u> MESES																																				
GENERO:	HEMERA: ☒	MACHO: ☐	COLOR: <u>Amarillo y Negro</u>																																				
DATOS DEL PROPIETARIO																																							
NOMBRE DEL PROPIETARIO:	<u>Clara Vaca</u>		CECULA: <u>10545379</u>																																				
DIRECCION:	<u>Son Sebastian</u>		TELEFONO: <u>312454851</u>																																				
EXÁMEN CLÍNICO																																							
ANAMNESIS:																																							
VACUNAS:	SI ☒ NO ☐	DESPARASITACIÓN:	SI ☒ NO ☐																																				
PESO:	<u>3</u> KG	ACTITUD:	<u>Aleto</u>																																				
MUCOSAS:	<u>EP</u>	PULSO:	<u>190</u> PPM																																				
TEMPERATURA:	<u>39</u> °C	FREC CARD:	<u>2</u> LPM																																				
GANGLIOS:	NORMAL ☒ ANORMAL ☐	TIEMPO LLEVADO CAPILAR:	<u>2</u>																																				
		ENFERMEDAD APARENTE:	<u>N</u>																																				
RESPIRACION: <u>C+</u>																																							
COND. CORP: <u>3</u>																																							
FREC RESP: <u>36</u> RPM																																							
ABA: <u>I</u>																																							
ULTIMO CELO: <u>-</u>																																							
FASE PROCEDIMIENTO																																							
PREANALGESICO	XILACINA	DOSES	1 mg/kg																																				
ANESTESIA	KLAMINA		5 mg/kg																																				
	PROPOFOL		2 mg/kg																																				
POST-QUIRURGICO	AMOXISOLLA		20 mg/kg																																				
	MELONICAM		0.2 mg/kg																																				
OBSERVACIONES:																																							
DE MANERA VOLUNTARIA SOLICITO QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE ESTERILIZACION DE MI MASCOTA SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PREQUIRURGICOS. Atentamente: 																																							
CONSENTIMIENTO INFORMADO																																							
CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:																																							
1. Declaro que he podido aclarar con el Médico Veterinario todas las inquietudes acerca del tratamiento médico quirúrgico al que será sometida mi mascota. 2. Declaro que he sido informado de los riesgos que pueda correr mi mascota antes, durante y después del procedimiento quirúrgico al que acepto sea sometido(a). 3. Del mismo modo declaro RECHAZAR la realización de EXAMENES PRE QUIRURGICOS sin lugar a contravención alguna. 4. Autorizo TATUAR a mi mascota en el caso que sea hembra en la <u>parte interna de la oreja derecha</u> para identificar su estado de esterilizada en caso de pérdida y así evitar una intervención quirúrgica innecesaria. 5. Declaro aceptar las modificaciones en cuanto a los procedimientos quirúrgicos que se tengan que realizar en el caso fortuito de alguna necesidad por emergencia que pongan en riesgo la vida de mi mascota. 6. Así mismo declaro que la información para diligenciamiento de la Historia Clínica de mi mascota y la mía propia en calidad de responsable o propietario de la mascota es cierta. 7. Acuso recibo formula de medicamentos, recomendaciones y cuidados post-operatorios.																																							
 NOMBRE DEL PROPIETARIO / RESPONSABLE CECULA <u>10545379</u>		En calidad de Cirujano y/o Anestesiólogo, suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovarioestectomía (Hembras), Orquiectomía (Machos); Quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación para la realización del procedimiento quirúrgico SIN LA REALIZACION DE EXAMENES PRE QUIRURGICOS , además dar la autorización para TATUAR la MASCOTA CANINA O FELINA AUN BAJO SEDACION EN LA PORTE INTERNA DE LA OREJA DERECHA PARA IDENTIFICAR SU ESTADO DE ESTERILIZADA																																					
<table border="1"> <tr> <td>VALOR CIRUGIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>KIT</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CAMISA</td> <td>\$ <u>13.000</u></td> </tr> <tr> <td>COLLAR</td> <td>\$ TALLA <u> </u></td> </tr> <tr> <td>CLORHEXIDINA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$ <u>13.000</u></td> </tr> <tr> <td>MEDIO DE PAGO</td> <td>EFFECTIVO <u>2</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td>BANCOLOMBIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DAVIPLATA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DATAFONO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NEQUI</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CAJA SOCIAL</td> </tr> </table>		VALOR CIRUGIA	\$	KIT	\$	CAMISA	\$ <u>13.000</u>	COLLAR	\$ TALLA <u> </u>	CLORHEXIDINA	\$	TOTAL	\$ <u>13.000</u>	MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO <u>2</u>		BANCOLOMBIA		DAVIPLATA		DATAFONO		NEQUI		CAJA SOCIAL	<table border="1"> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td>17900</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td>20003</td> </tr> <tr> <td>CIRUJANO/ANESTESIOLOGO</td> <td></td> <td>TP.</td> <td></td> </tr> </table>		CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	17900	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	20003	CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	
VALOR CIRUGIA	\$																																						
KIT	\$																																						
CAMISA	\$ <u>13.000</u>																																						
COLLAR	\$ TALLA <u> </u>																																						
CLORHEXIDINA	\$																																						
TOTAL	\$ <u>13.000</u>																																						
MEDIO DE PAGO	EFFECTIVO <u>2</u>																																						
	BANCOLOMBIA																																						
	DAVIPLATA																																						
	DATAFONO																																						
	NEQUI																																						
	CAJA SOCIAL																																						
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	17900																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.	20003																																				
CIRUJANO/ANESTESIOLOGO		TP.																																					
<table border="1"> <tr> <td>DEBE</td> <td>SALDO</td> <td>PAGO</td> </tr> </table>		DEBE	SALDO	PAGO																																			
DEBE	SALDO	PAGO																																					



UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATASARRIBA SAS

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATASARRIBA SAS

Identificado con

NI9012499747

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0546 AVENIDA NORTE TUNJA, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS PYME

Número	: 24092190814
Fecha de Apertura	: 20 de febrero de 2019
Saldo Disponible	: \$ 1,049.60
Saldo Total a la Fecha	: \$ 1,049.60
Condiciones de Manejo	: Individual, 1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector
Estado	: CUENTA ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a: UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATASARRIBA SAS
Realizada en la oficina 0546 AVENIDA NORTE TUNJA de la ciudad de TUNJA, el día lunes, 7 de octubre de 2019.

Cordialmente,

Efectuado por:

J8T5M8O9 - JACKELINE TOBON MORENO

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
NIT: 23001-COLONDOSS		NÚMERO PLANILLA: 7993334638	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: EPS017-EMISAMAR		TIPO DE PLANILLA: AUTOLIQUIDACIÓN SALUD	
DIRECCIÓN: 23001-PORTAVERE		PERÍODO COTIZACIÓN: 2023	
DEPARTAMENTO: BOYACÁ		MES: noviembre	
CIUDAD: BOYACÁ		AÑO: 2023	
TIPO APORTANTE: 01-EMPLEADOR		MAYORÍA: 2023/11/16	
CLASE APORTANTE: PRIVADA		MENORÍA: 2023/11/16	
ACTIVIDAD ECONOMICA: 002-DANIEL MARTINEZ		MAYORÍA: 2023/11/16	
SUCURSAL: 002-DANIEL MARTINEZ		MENORÍA: 2023/11/16	
DEPENDENCIA: 002-DANIEL MARTINEZ		MAYORÍA: 2023/11/16	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEVA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)		MAYORÍA: 2023/11/16	

TOTAL APORTES A PRENSIÓN		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	NOMBRE	CÓDIGO	NOMBRE
23001-COLONDOSS	EPS017-EMISAMAR	23001-COLONDOSS	EPS017-EMISAMAR
23001-PORTAVERE	23001-PORTAVERE	23001-PORTAVERE	23001-PORTAVERE
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

TOTAL APORTES A PRENSIÓN		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	NOMBRE	CÓDIGO	NOMBRE
23001-COLONDOSS	EPS017-EMISAMAR	23001-COLONDOSS	EPS017-EMISAMAR
23001-PORTAVERE	23001-PORTAVERE	23001-PORTAVERE	23001-PORTAVERE
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

TOTAL APORTES A PRENSIÓN		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	NOMBRE	CÓDIGO	NOMBRE
23001-COLONDOSS	EPS017-EMISAMAR	23001-COLONDOSS	EPS017-EMISAMAR
23001-PORTAVERE	23001-PORTAVERE	23001-PORTAVERE	23001-PORTAVERE
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

TOTAL APORTES A PRENSIÓN		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	NOMBRE	CÓDIGO	NOMBRE
23001-COLONDOSS	EPS017-EMISAMAR	23001-COLONDOSS	EPS017-EMISAMAR
23001-PORTAVERE	23001-PORTAVERE	23001-PORTAVERE	23001-PORTAVERE
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

TOTAL APORTES A PRENSIÓN		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	NOMBRE	CÓDIGO	NOMBRE
23001-COLONDOSS	EPS017-EMISAMAR	23001-COLONDOSS	EPS017-EMISAMAR
23001-PORTAVERE	23001-PORTAVERE	23001-PORTAVERE	23001-PORTAVERE
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

TOTAL PAGADO: \$ 706.000



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: DIRECCIÓN: TPO APORTANTE: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE CONVENIENDO PAGO APORTES SALUD, SEVA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NÚMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN OTROS: FECHA PAGO (aaaa/mm/aa): MES: ESTADO AÑO: MES: E-EMPLEADOS: 2025 192800486	
NIT: 90124974 UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATASALVADORA CÓDIGO: 7444444 BENEFICIARIOS DE 200 COTIZANTES 002 DANIEL MARTINEZ SI		TIPO DE PLANILLA: 799181868 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: 2025/11/14 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2025/11/14	

TOTAL APORTES A PENSIÓN									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	Nº COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	INCAPACIDAD POR LESIONES	INCAPACIDAD POR OTROS RIESGOS	VALOR	PLANILLA	VALOR	VALOR PAGADO
23001	23001	1	\$ 227.600	\$ 227.600	\$ 227.600	\$ 227.600	\$ 227.600	\$ 227.600	\$ 227.600
23002	23002	1	\$ 227.600	\$ 227.600	\$ 227.600	\$ 227.600	\$ 227.600	\$ 227.600	\$ 227.600
SUB-TOTALES:									
TOTAL APORTES A PENSIÓN: \$ 455.200									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	Nº COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	INCAPACIDAD POR LESIONES	INCAPACIDAD POR OTROS RIESGOS	VALOR	PLANILLA	VALOR	VALOR PAGADO
EP5017	EP5017	1	\$ 57.000	\$ 57.000	\$ 57.000	\$ 57.000	\$ 57.000	\$ 57.000	\$ 57.000
EP5037	EP5037	1	\$ 57.000	\$ 57.000	\$ 57.000	\$ 57.000	\$ 57.000	\$ 57.000	\$ 57.000
SUB-TOTALES:									
TOTAL APORTES A SALUD: \$ 114.000									

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	Nº COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	INCAPACIDAD POR LESIONES	INCAPACIDAD POR OTROS RIESGOS	VALOR	PLANILLA	VALOR	VALOR PAGADO
14-11	14-11	2	\$ 22.400	\$ 22.400	\$ 22.400	\$ 22.400	\$ 22.400	\$ 22.400	\$ 22.400
SUB-TOTALES:									
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES: \$ 44.800									

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	Nº COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	INCAPACIDAD POR LESIONES	INCAPACIDAD POR OTROS RIESGOS	VALOR	PLANILLA	VALOR	VALOR PAGADO
CCF-19	CCF-19	2	\$ 14.000	\$ 14.000	\$ 14.000	\$ 14.000	\$ 14.000	\$ 14.000	\$ 14.000
SUB-TOTALES:									
TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR: \$ 28.000									

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES									
SEGURO SOCIAL									
PENSIÓN									
Nº IDENTIFICACIÓN	TIPO	SUBTIPO	TIPO DE COTIZANTE	TIPO DE SALARIO	TIPO DE BASTO	TIPO DE SALARIO	TIPO DE BASTO	TIPO DE SALARIO	TIPO DE BASTO
1	CC	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001
2	CC	23002	23002	23002	23002	23002	23002	23002	23002
SUB-TOTALES:									
TOTAL APORTES A PENSIÓN: \$ 455.200									

TOTAL PAGADO: \$ 706.000

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
23d39655b9992d93d222975fe841bb4460e3d8d2a3c49892e9ba90f195788e7051b9e65dd619f47358d1a6855f946ba7
Número de Factura: FE-37
Fecha de Emisión: 16/12/2025
Fecha de Vencimiento: 21/12/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA S.A.S.
Nombre Comercial: UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA S.A.S.
Nit del Emisor: 901249974
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: O-23
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 7500
País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio / Ciudad: Tunja
Dirección: CL 46 2 A 81 CA 1
Teléfono / Móvil: 3122279734
Correo: umvpatas arriba@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: MUNICIPIO DE SOMONDOCO
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 800029826
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio / Ciudad: Somondoco
Dirección: CL 5 3 14 CEN
Teléfono / Móvil: 321635029
Correo: akaldia@somondoco-boyaca.gov.co

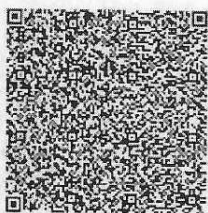
Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	120	PROCEDIMIENTO: ESTERILIZACIÓN (OVARIO-HISTERECTOMÍA LATERAL EN HEMBRAS Y ORQUIECTOMÍA EN MACHOS) DE CANINOS (PERROS) Y FELINOS (GATOS) INCLUYENDO: UNIDAD MOVIL VETERINARIA, MEDICAMENTOS E INSUMOS VETERINARIOS, TRANQUILIZACIÓN (SEDACIÓN), ANESTESIA, PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (INSUMOS QUIRÚRGICOS Y MED	NIU	29,00	\$ 110.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 606.100,00	19,00			\$ 3.190.000,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
16/12/2025 15:42:24
Documento validado por la
DIAN:
16/12/2025 15:42:24
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	3190000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	3190000
IVA	606100
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	606100
Total neto factura (=)	3796100
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 3796100

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

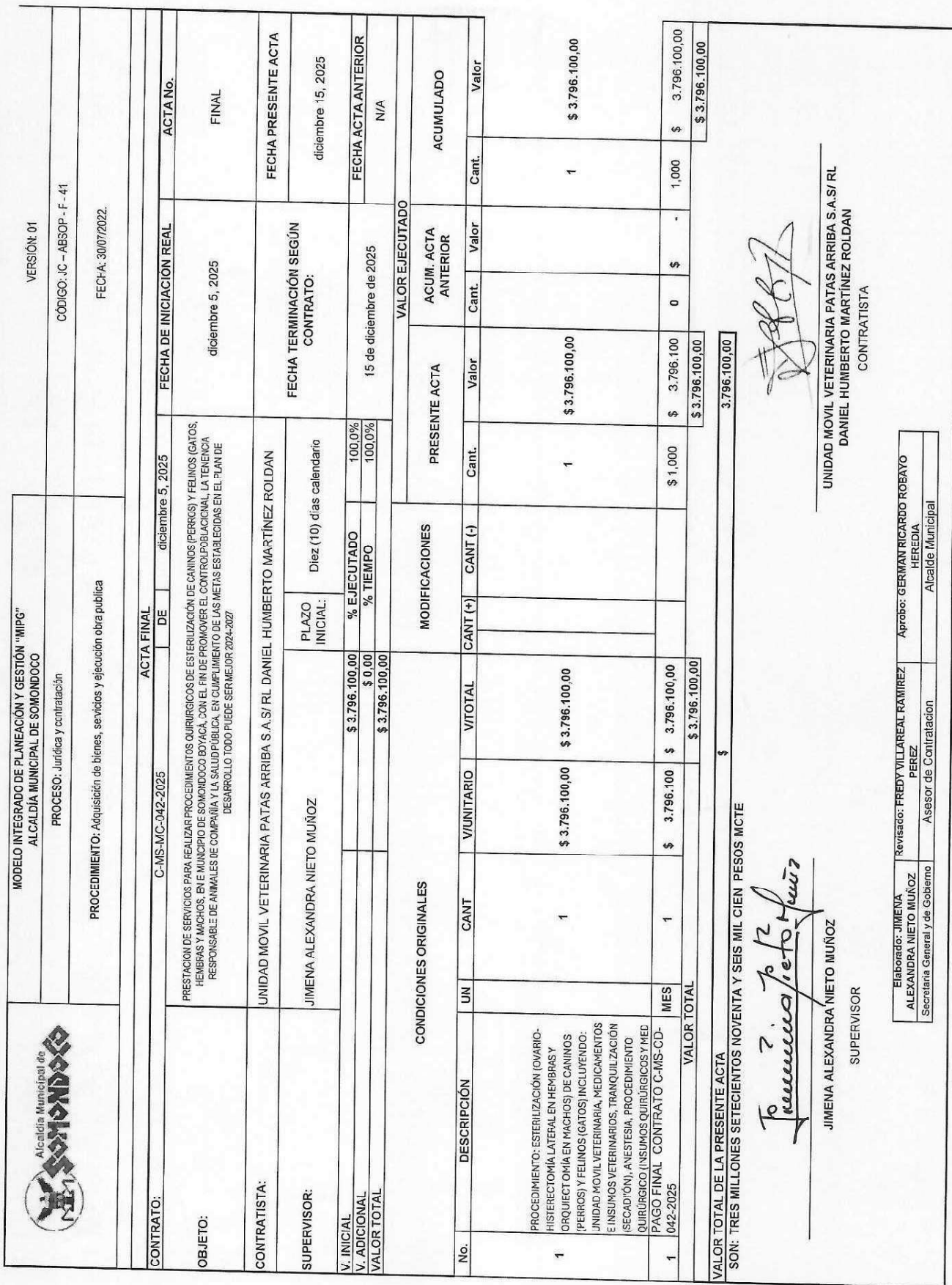
Subtotal	3.190.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	3.190.000,00
IVA	606.100,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	606.100,00
Total neto factura (=)	3.796.100,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 3.796.100,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764102018690 Rango desde: 33 Rango hasta: 100 Vigencia: 2026-11-25





MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN "MIPG"
ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOMONDOCO

VERSIÓN: 01

PROCESO: Jurídica y contratación

CÓDIGO: JC - ABSOP - F - 42

PROCEDIMIENTO: Adquisición de bienes, servicios y ejecución obra pública

FECHA: 30/07/2022.

ACTA DE RECIBO FINAL

FECHA PRESENTE ACTA	diciembre 15, 2025		
CONTRATO	C-MS-MC-042-2025	FECHA	diciembre 5, 2025
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE ESTERILIZACIÓN DE CANINOS (PERROS) Y FELINOS (GATOS, HEMBRAS Y MACHOS, EN E MUNICIPIO DE SOMONDOCO BOYACÁ, CON EL FIN DE PROMOVER EL CONTROLPOBLACIONAL, LA TENENCIA RESPONSABLE DE ANIMALES DE COMPAÑÍA Y LA SALUD PÚBLICA, EN CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO TODO PUEDE SER MEJOR 2024-2027		
CONTRATISTA:	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA S.A.S/ RL DANIEL HUMBERTO MARTÍNEZ		
NIT/CC	NIT: 901.249.974-7 / C.C. 1.049.606.687 expedida en Tunia Boyacá		
SUPERVISOR:	JIMENA ALEXANDRA NIETO MUÑOZ		
VALOR INICIAL CONTRATA	\$3.796.100,00		
VALOR ADICIONADO	\$0,00		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$3.796.100,00		
FECHA ACTA DE INICIO	diciembre 5, 2025		
PLAZO INICIAL	Diez (10) días calendario		
PLAZO ADICIONADO	N/A		
PLAZO TOTAL	Diez (10) días calendario		
FECHA DE TERMINACION SEGÚN CONTRATO	diciembre 15, 2025		

En la secretaria General y de Gobierno abogada **JIMENA ALEXANDRA NIETO MUÑOZ**, Seretario de Gobierno como SUPERVISOR (A) Y **UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA S.A.S / R/L DANIEL HUMBERTO MARTÍNEZ ROLDAN** como CONTRATISTA, con el fin de suscribir la presente acta recibo parcial I del contrato de la referencia.

DESCRIPCION	FECHA	VALOR
Valor del Contrato	diciembre 5, 2025	\$ 3.796.100,00
Anticipo contrato inicial	-	\$ 0,00
Valor adicionado	-	\$ 0,00
valor total contrato	diciembre 15, 2025	\$ 3.796.100,00
Valor Sin Ejecutar	diciembre 15, 2025	\$ 0,00
Valor recibido por el contratista	-	\$ 0,00
Valor a pagar acta recibo	diciembre 15, 2025	\$ 3.796.100,00
VALOR TOTAL EJECUTADO	diciembre 15, 2025	\$ 3.796.100,00

JIMENA ALEXANDRA NIETO MUÑOZ

SUPERVISOR

UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA S.A.S/ RL
DANIEL HUMBERTO MARTÍNEZ ROLDAN

CONTRATISTA

Elaborado: JIMENA	Revisó: FREDY VILLAREAL RAMIREZ	Aprobo: GERMAN RICARDO ROBAYO HEREDIA
Secretaria General y de Gobierno	Asesor de Contratación	Alcalde Municipal



MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN "MIPG"
ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOMONDOCO

PROCESO: Jurídica y contratación

PROCEDIMIENTO: Adquisición de bienes, servicios y ejecución obra publica

INFORME DE SUPERVISIÓN

DEPENDENCIA:	SECRETARIA GENERAL Y DE GOBIERNO				FECHA:	15	de	DICIEMBRE	de	2025		
PERIODO:	DEL	5	de	DICIEMBRE	de	2025	AL	15	de	DICIEMBRE	de	2025

INFORMACIÓN CONTRATO

OBJETO:		PRESTACION DE SERVICIOS PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE ESTERILIZACIÓN DE CANINOS (PERROS) Y FELINOS (GATOS, HEMBRAS Y MACHOS, EN E MUNICIPIO DE SOMONDOCO BOYACÁ, CON EL FIN DE PROMOVER EL CONTROLPOBLACIONAL, LA TENENCIA RESPONSABLE DE ANIMALES DE COMPAÑÍA Y LA SALUD PÚBLICA, EN CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO TODO PUEDE SER MEJOR 2024-2027									
N° Contrato		C-MS-MC-042-2025		Fecha de suscripción contrato		diciembre 5, 2025		Fecha de Terminación contrato		diciembre 15, 2025	
N° CDP	2025000318	Fecha CDP		noviembre 26, 2025		N° RP	2025000397	Fecha RP		diciembre 4, 2025	
N° CDP ADICIONAL		Fecha CDP Adicional				N° RP ADICIONAL		Fecha RP Adicional			
Nombre del Supervisor:		JIMENA ALEXANDRA NIETO MUÑOZ					Identificación:		C.C N° 23.622.960 DE GUATEQUE		

INFORMACIÓN CONTRATISTA

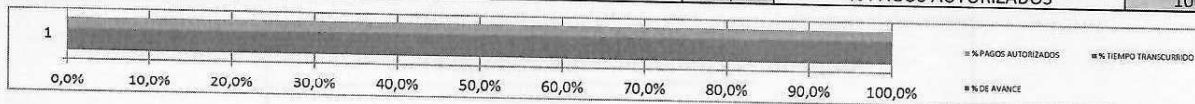
Nombre Contratista:	UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA S.A.S/ RL DANIEL HUMBERTO MARTÍNEZ ROLDAN				Identificación:	NIT: 901,249,974-7 / C.C. 1,049,606,687 expedida en Tunja Boyacá					
Teléfono:	310788549				Dirección:	Vereda San Antonio Somondoco					

FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN

										CONTRATO		
										5	12	2025
FECHA DE INICIACIÓN										5	12	2025
PLAZO INICIAL										Diez (10) días calendario		
FECHA DE TERMINACIÓN ACTA DE INICIO										15	12	2025
PLAZO ADICIONAL										N/A		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL (Según prórrogas y suspensiones)												

AVANCE DE EJECUCIÓN

% DE AVANCE CTO	100,0%	% TIEMPO TRANSCURRIDO	100,0%	% PAGOS AUTORIZADOS	100,0%
-----------------	--------	-----------------------	--------	---------------------	--------



SEGUIMIENTO FINANCIERO

DESCRIPCIÓN	VALOR
Valor Inicial del contrato:	
Valor Adición	\$ 3.796.100,00
Valor Total del contrato:	\$ 0,00
Pago anticipado	\$ 3.796.100,00
Valor Pagado	\$ 0,00
Valor a pagar en el periodo:	\$ 0,00
Valor Ejecutado	\$ 3.796.100,00
Saldo:	\$ 3.796.100,00
TOTAL DESEMBOLSOS A REALIZAR	\$ 0,00
	\$ 3.796.100,00

ACTIVIDADES REALIZADAS



MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN "MIPG"
ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOMONDOCO

PROCESO: Jurídica y contratación

PROCEDIMIENTO: Adquisición de bienes, servicios y ejecución obra pública

1. Las técnicas quirúrgicas deben ser practicadas correctamente, únicamente por los profesionales relacionados en la propuesta.
2. Se deben garantizar los buenos estándares de asepsia (práctica de reducir o eliminar el riesgo de contaminación bacteriana).
3. Realizar todos los procedimientos en estricto cumplimiento de las normas sanitarias, de bienestar animal y bioéticas
4. animal y bioéticas
5. Proveer materiales quirúrgicos, medicamentos, analgésicos, antibióticos, guantes, gasas, suturas,
6. entre otros, cumpliendo estándares de calidad y seguridad
7. Ejecutar la esterilización bajo protocolos quirúrgicos y anestésicos seguros, minimizando los riesgos
8. para los animales.
9. Entrega de instrucciones pre operatorias: explicación con antelación y de manera clara a los responsables de los pacientes, las condiciones bajo las que el animal debe llegar el día de la cirugía, para tal efecto, el contratista se compromete a realizar talleres con personal idóneo, dirigido a las personas sobre tenencia responsable de mascotas, abandono y maltrato.
10. El paciente será entregado cuando esté consciente y se haya comprobado su estado general, se entrega una fórmula médica con las recomendaciones post quirúrgicas a seguir por su propietario durante los días siguientes.
11. Debe contar con un vehículo acondicionado como (quirófano móvil veterinario compacto) en donde se realicen todos los procedimientos de 1. preparación del paciente, 2. intervención quirúrgica y 3. recuperación del paciente), donde se garantice un ambiente quirúrgico unidireccional y sin riesgo de contaminación
12. Llevar una base de datos que incluya: nombre del propietario, datos del animal (especie, raza, sexo, edad), ubicación y marcación posquirúrgica

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

PAGO POR PERIODOS

DESCRIPCIÓN	DICIEMBRE										Valor Total Pagado
Salud	\$ 114.000,00										114.000
Pensión	\$ 455.600,00										455.600
Aportes ARL	\$ 22.400,00										22.400
Comfaboy	\$ 114.000,00										114.000
ICBF	\$ 0,00										0
Interes Mora	\$ 0,00										0
Valor pagado por periodo	\$ 706.000,00										706.000

OBSERVACIONES

El proximo pago esta sujeto a la presentacion de la planilla de seguridad social

FIRMA:

VoBo

NOMBRE:

JIMENA ALEXANDRA NIETO MUÑOZ

Supervisor

Documentos y folios Anexos

FACTURA, PLANILLAS SEGURIDAD SOCIAL, INFORME DE ACTIVIDADES.

	MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN "MIPG" ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOMONDOCO	VERSIÓN: 01
	PROCESO: Jurídica y contratación	CÓDIGO: JC – SEI - F – 34
	PROCEDIMIENTO: Supervisión e interventoría	FECHA: 30/07/2022.

**CONTRATO DE SERVICIOS
No. C-MS-MC-042-2025**

EL SUSCRITO SUPERVISOR

CERTIFICA QUE:

UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA S.A.S/ RL DANIEL HUMBERTO MARTÍNEZ ROLDAN, identificado con NIT: 901.249.974-7 CC. No. 1.049.606.687 expedida en Tunja Boyacá, cumplió con las actividades contractuales derivadas del contrato de servicio No. C-MS-MC-042-2025, cuyo objeto es: PRESTACION DE SERVICIOS PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE ESTERILIZACIÓN DE CANINOS (PERROS) Y FELINOS (GATOS, HEMBRAS Y MACHOS, EN E MUNICIPIO DE SOMONDOCO BOYACÁ, CON EL FIN DE PROMOVER EL CONTROLPOBLACIONAL, LA TENENCIA RESPONSABLE DE ANIMALES DE COMPAÑÍA Y LA SALUD PÚBLICA, EN CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO TODO PUEDE SER MEJOR 2024-2027

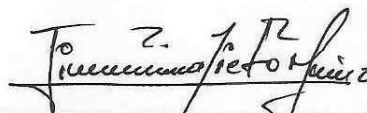
Se autoriza el **PAGO FINAL** por valor: **TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIEN PESOS (\$3.796.100, oo) M/Cte** conforme a lo pactado en la cláusula quinta del mencionado contrato.

RP	RUBRO	FUENTE	NOMBRE	VALOR
2025000397	2.3.2.02.02.008	1.2.4.3.04	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción/SGP libre destinación / AGRICULTURAYD	\$3.796.100,oo

Igualmente certifico que el contratista a la fecha se encuentra al día con el pago de sus aportes al sistema general de seguridad social (salud, pensiones y ARL)

Así mismo dejo constancia expresa que los documentos recibidos del contratista el día quince (15) de diciembre de 2025; fueron revisados completamente, verificando que se encuentran completos y cumplen con los requerimientos establecidos en el contrato.

La presente certificación se expide, para efectos de pago, en la Oficina de Secretaría General y de Gobierno, hoy quince (15) días del mes de diciembre de Dos mil veinticinco (2025).



JIMENA ALEXANDRA NIETO MUÑOZ
Supervisor

Palacio Municipal Calle 5ª No. 3 – 14
Código Postal: 153030
Celular: 3161496074 Tel. (8) 7531232
gobierno@somondoco-boyaca.gov.co
Página 1 de 1





ALCALDÍA MUNICIPAL DE OICATÁ

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

MACROPROCESO: APOYO

DEPENDENCIA: SECRETARÍA DE PLANEACIÓN

SUBPROCESO: CONTRATACIÓN

VIGENCIA: 13-03-2017

CÓDIGO: CO-F-AL-27

FORMATO: Acta de Liquidación

VERSIÓN: 00

Páginas 1

ACTA DE LIQUIDACIÓN

FECHA PRESENTE ACTA

diciembre 5, 2025

CONTRATO

C-MS-MC-042-2025

FECHA DE SUSCRIPCION:

diciembre 5, 2025

OBJETO:

PRESTACION DE SERVICIOS PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE ESTERILIZACIÓN DE CANINOS (PERROS) Y FELINOS (GATOS, HEMBRAS Y MACHOS, EN E MUNICIPIO DE SOMONDOCO BOYACÁ, CON EL FIN DE PROMOVER EL CONTROL POBLACIONAL, LA TENENCIA RESPONSABLE DE ANIMALES DE COMPAÑIA Y LA SALUD PÚBLICA, EN CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO TODO PUEDE SER MEJOR 2024-2027

VALOR INICIAL CONTRATADO

\$3.796.100,00

CONTRATISTA:

UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA S.A.S/ R/L DANIEL HUMBERTO MARTÍNEZ ROLDAN

NIT/CC

NIT: 901.249.974-7 / C.C 1.049.606.687 expedida en Tunja Boyacá

SUPERVISOR:

JIMENA ALEXANDRA NIETO MUÑOZ

FECHA DE ACTA DE INICIO

diciembre 5, 2025

PLAZO DE EJECUCION INICIAL

Diez (10) días calendario

PLAZO DE EJECUCION ADICIONADO

N/A

PLAZO DE EJECUCION TOTAL

Diez (10) días calendario

VALOR ADICIONADO

\$0,00

VALOR TOTAL CONTRATADO

\$3.796.100,00

FECHA DE TERMINACION SEGÚN ACTA DE INICIO

diciembre 15, 2025

FECHA DE TERMINACION REAL

diciembre 15, 2025

En la secretaría de planeación se reunieron: GERMAN RICARDO ROBAYO HEREDIA alcalde municipal, JIMENA ALEXANDRA NIETO MUÑOZ, secretaria General y de Gobierno como SUPERVISOR y UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA S.A.S / R/L DANIEL HUMBERTO MARTÍNEZ ROLDAN como CONTRATISTA, con el fin de suscribir la presente acta de liquidación del contrato de la referencia.

DINEROS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA

DESCRIPCION	FECHA	VALOR
Anticipo contrato inicial	-	0,00
Pago No. 1	\$ 0,00	\$ 0,00
Pago No. 2		
Acta Final	diciembre 15, 2025	\$3.796.100,00
Sumatoria de Pagos Parciales	-	\$3.796.100,00
VALOR TOTAL RECIBIDO		\$3.796.100,00

BALANCE GENERAL

DESCRIPCION	FECHA	VALOR
Valor del contrato	diciembre 5, 2025	\$3.796.100,00
Valor Adicionado	N/A	\$0,00
Valor total contrato	diciembre 5, 2025	\$3.796.100,00
Valor sin ejecutar	diciembre 15, 2025	\$0,00
Valor ejecutado según acta final	diciembre 15, 2025	\$3.796.100,00
Valor recibido por el contratista	diciembre 5, 2025	\$3.796.100,00
VALOR A PAGAR	diciembre 5, 2025	\$0,00

VALOR EN LETRAS:

TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO PESOS

Las partes dejan constancia que se encuentran a paz y salvo por todo concepto y que el contratista cumplió con los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud.

No siendo otro el objeto de la presente reunión, se firma el acta por los que en ella intervinieron.

JIMENA ALEXANDRA NIETO MUÑOZ

SUPERVISOR

GERMAN RICARDO ROBAYO HEREDIA
ALCALDE
UNIDAD MOVIL VETERINARIA PATAS ARRIBA
S.A.S/ R/L DANIEL HUMBERTO MARTÍNEZ
ROLDAN

R.L / CONTRATISTA

Elaboró: JIMENA ALEXANDRA NIETO MUÑOZ	Revisó: FREDY VILLAREAL RAMIREZ	Aprobó: FREDY ALEXANDER GARZON ROJAS
Secretaría General y de Gobierno	Asesor de Contratación	Alcalde Municipal