DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Dv	Razón Social	Ubicación	Tipo de Persona	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Recargo SENA e ICBF
[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Lote		Tipo	Fecha		Pago		
Aportes	Mora	Aporte	Planilla	Planilla	Inicio	Pago	Banco	Días Mora	Mora
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| Cotizante | | | Novedades | | |

Planilla Resumida

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

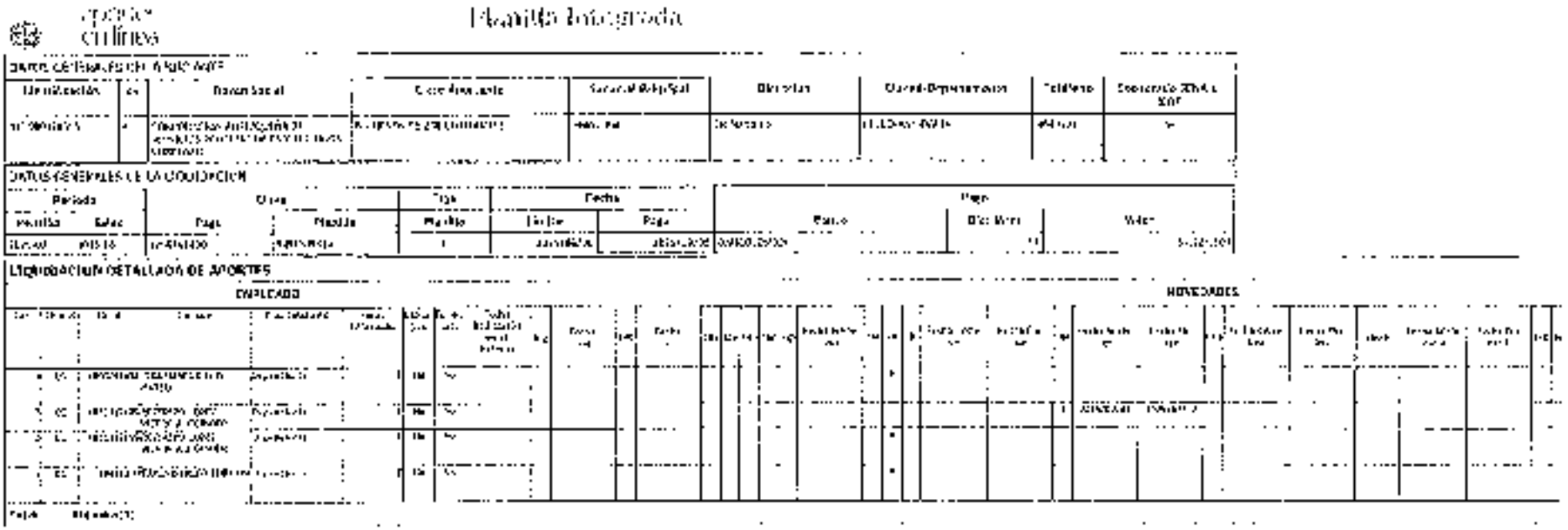
Identificación	Nº	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Días	Remuneración MENSUAL en $ o UF
[illegible]	4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

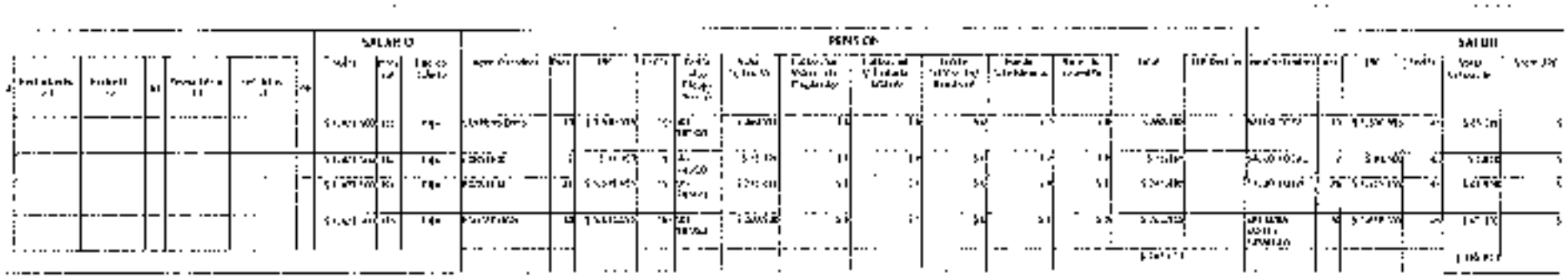
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

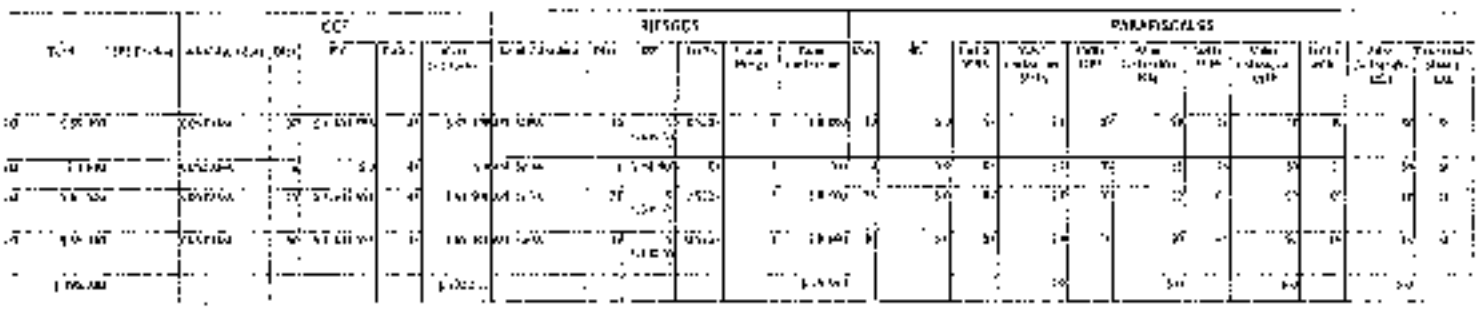
Periodo		Cuota		Pago	Fecha		Pago		
Para Año	Mes	Pago	Planilla	Planilla	Inicio	Pago	Banco	Días Pago	Valor
2025	[illegible]	[illegible]	[illegible]	P	[illegible]	[illegible]	[illegible]	31	$[illegible]

RESUMEN DE PAGO

AFP (ADMINISTRADORAS: 7)				3	$788,100	$1,303	$0	$237,209
[illegible]	35-14	330,220,011	7	1	$61,400	$991	$0	$61,940
[illegible]	31010[illegible]	120,334,[illegible]	8	1	$77,400	$601	$0	$77,809
[illegible]	31010[illegible]	88,[illegible],7[illegible]9	0	1	$61,400	$961	$0	$61,963
ISL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$2,300	$100	$0	$2,303
[illegible]	34-11	49[illegible],[illegible],7[illegible]	5	3	$2,300	$100	$0	$2,403
FCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$50,300	$400	$0	$50,620
[illegible]	1-[illegible]	49[illegible],[illegible],[illegible]	9	3	$50,300	$400	$0	$50,620
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$50,300	$500	$0	$50,700
[illegible]	[illegible]	83[illegible],[illegible],7[illegible]	1	1	$ 5,400	$200	$0	$ 5,600
[illegible]	[illegible]	[illegible],[illegible],9[illegible]	4	3	$44,800	$300	$0	$45,100




SALARIO
PENSIÓN
SALUD


APORTES
RIESGOS
PARAFISCALES

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Dv	Razón Social	Nombre Sucursal	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Dirección Seccional y Ref.
NI 900[illegible]	4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

Periodo		Otros		Tipo Planilla	Fechas		Pago			
Periodo Salud	Periodo Pensión	Pago Anticipado	Tarifa Diferencial		Límite Pago	Pago	Banco	Días Mora	Valor	
2025-12	2025-12	Pago Normal	Tarifa Normal	E	[illegible]	[illegible]	[illegible]	31		$[illegible]

RESUMEN DE PAGO

APF (ADMINISTRADORAS...)				1	$742,000	$16,500	$0	$791,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$260,500	$5,500	$0	$266,000
PORVENIR	25-10	800,224,808	8	1	$741,000	$11,500	$0	$264,500
PROTECCION	25-07	800,227,639	0	1	$263,500	$5,500	$0	$269,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$25,200	$600	$0	$25,800
ARL SURA	14-11	800,933,779	5	1	$25,200	$600	$0	$25,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,500	$3,500	$0	$196,000
COMFAMA	CCF01	890,930,641	9	1	$192,500	$3,500	$0	$196,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$192,500	$3,500	$0	$196,000
EPS SURA (ANTES SURAMERICANA)	EPS040	800,088,702	2	1	$65,200	$1,400	$0	$66,600
SALUD TOTAL	EPS010	800,130,907	4	1	$127,300	$2,100	$0	$129,400

2025/12/19 08:57 AM

6. JORNADAS DE ESTERILIZACIÓN:

Como parte de la atención integral a la emergencia ocurrida recientemente en el sector de Granizal, se hace indispensable priorizar acciones de control poblacional de animales domésticos, especialmente mediante la esterilización, incluso de aquellos que no se encuentran alojados directamente en los albergues temporales, pero sí en zonas aledañas o bajo resguardo de familias ubicadas en el perímetro de riesgo.

Es importante precisar que muchas personas afectadas por la emergencia han optado por reubicarse temporalmente en viviendas de vecinos o familiares cercanos a sus lugares de origen, lo que ha generado una concentración no controlada de animales de compañía (principalmente caninos y felinos) en sectores que continúan comprometidos por la situación de riesgo o adyacentes al Puesto de Mando Unificado (PMU).

Este fenómeno presenta una problemática de salud pública y salubridad ambiental, sustentada en los siguientes argumentos:

Aumento del riesgo de reproducción no controlada: En contextos de emergencia, la movilidad de animales no esterilizados y la convivencia forzada entre múltiples núcleos familiares en espacios reducidos favorece la reproducción indiscriminada, generando sobrepoblación y una presión adicional sobre los recursos comunitarios.

Potencial transmisión de enfermedades zoonóticas: La falta de control reproductivo conlleva riesgos sanitarios que pueden impactar tanto a los animales como a las personas, incluyendo transmisión de enfermedades como la rabia, leptospirosis y parásitos intestinales.

Incremento de comportamientos territoriales y agresividad: Los animales no esterilizados suelen presentar mayores niveles de estrés, agresividad y marcaje de territorio, lo cual puede alterar la convivencia en comunidades ya vulneradas por la emergencia.

Dificultad en el manejo logístico y humanitario: Si no se realiza control reproductivo oportuno, la atención médica, alimentaria y de vacunación para estos animales será insostenible en el corto y mediano plazo, y generará mayor carga para las autoridades locales y los operadores humanitarios.

En virtud de lo anterior, la esterilización no es una medida aislada ni secundaria, sino una acción urgente y estratégica de salud pública y bienestar comunitario, que debe ser abordada como parte de la respuesta articulada en el marco del Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres y bajo los lineamientos técnicos del protocolo UNGRD 2024 para atención de animales en emergencias.

Entre las ventajas de la cirugía de esterilización se destacan:

- Prevención de preñeces no deseadas y control efectivo de la sobrepoblación.
- Reducción del riesgo de enfermedades como piometra, tumores mamarios, testiculares y de próstata.
- Disminución de comportamientos agresivos, territoriales y de marcaje.
- Mejora del bienestar general y aumento de la expectativa de vida.
- Contribución directa a la salud pública y al control humanitario de animales en situación de calle.

Durante tres jornadas consecutivas, se llevaron a cabo cirugías programadas que incluyeron los siguientes procedimientos:

- Ovariohisterectomía (OVH) en hembras caninas y felinas.

Día 1 – Planeación operativa y atención en el albergue temporal

Las actividades iniciaron con una fase de inspección técnica del sitio destinado a la jornada, ubicado dentro del albergue temporal. Esta inspección permitió verificar las condiciones del terreno para la instalación segura de las carpas, considerando factores como el acceso, la nivelación del suelo, la protección frente a la intemperie y la seguridad perimetral para evitar la fuga de animales o interrupciones del procedimiento.

Asimismo, se verificó la disponibilidad y el acceso a servicios básicos indispensables para la ejecución de cirugías, como el suministro de agua potable, energía eléctrica y áreas con sombra o ventilación adecuada. Estos elementos fueron esenciales para garantizar un entorno óptimo tanto para los procedimientos médico-veterinarios como para el bienestar del personal operativo y los animales intervenidos.

Una vez validadas las condiciones del lugar, se procedió a realizar un acercamiento con las personas alojadas en el albergue. Se organizó un espacio de diálogo y socialización con los tutores de los animales para explicar los objetivos de la jornada, resolver inquietudes y sensibilizar sobre la importancia de la esterilización como herramienta fundamental en la prevención del abandono, la reducción de la sobrepoblación, y el control de enfermedades zoonóticas y transmisibles entre animales.

Durante esta interacción, se construyó un listado preliminar con los animales candidatos a la intervención, incluyendo datos básicos como nombre del tutor, especie, edad aproximada, condición general del animal y cualquier antecedente clínico relevante. Esta base de datos fue clave para estructurar la atención en bloque, garantizando una atención ordenada, priorizada y segura.

Posteriormente, se dio inicio al proceso de esterilización de los animales seleccionados, siguiendo los protocolos médico-quirúrgicos establecidos y asegurando condiciones adecuadas de higiene, bioseguridad y bienestar animal durante todo el procedimiento.

Días 2 y 3 – Extensión de la jornada a la comunidad de Granizal

Con el propósito de ampliar el impacto de la estrategia sanitaria, los días siguientes se destinaron a la atención de animales de compañía pertenecientes a la comunidad externa al albergue, pero también afectada por el evento natural. Para lograr una convocatoria efectiva, se establecieron canales de comunicación directa con líderes comunitarios del sector. Estos líderes desempeñaron un papel fundamental en la identificación de tutores responsables interesados en acceder a la jornada, así como en la difusión masiva de la información logística: fecha, lugar, requisitos de ingreso, preparación previa de los animales (ayuno, condiciones de salud), y criterios de priorización.

Gracias a esta articulación con la comunidad, se logró contar con una base de datos ampliada de animales. Se priorizó la atención de hembras caninas y felinas en edad reproductiva, animales que nunca habían sido esterilizados, y aquellos que convivían en entornos de alta densidad poblacional, donde el riesgo de reproducción no controlada es mayor.

Durante estos dos días, el equipo técnico contó con el apoyo de personal profesional y de logística para la recepción, contención, manejo posquirúrgico y entrega segura de los animales a sus tutores. Se respetaron los protocolos de bioseguridad, los lineamientos éticos de bienestar animal y las recomendaciones anestésicas ajustadas al entorno de campaña.

El día del procedimiento quirúrgico, cada animal pasaba por una revisión clínica preoperatoria, donde se evaluaban sus signos vitales, estado nutricional, condición general y cualquier contraindicación médica que impidiera la cirugía. Una vez determinado que el animal era apto, se realizaba el procedimiento quirúrgico bajo condiciones controladas de asepsia y anestesia.

Al finalizar la cirugía, y una vez que el animal se recuperaba del procedimiento anestésico, se hacía entrega a cada tutor de una fórmula médica escrita que contenía de forma clara y detallada todas las indicaciones para el manejo posquirúrgico. Esta fórmula incluía recomendaciones precisas sobre el cuidado de la herida quirúrgica (como la limpieza y vigilancia diaria), los signos de alarma que podrían indicar una complicación (por ejemplo, enrojecimiento excesivo, sangrado, secreción purulenta, fiebre o decaimiento), así como recomendaciones generales sobre restricción de actividad física, control del entorno y tiempos de seguimiento

Además de la orientación médica brindada, se hizo entrega gratuita de un total de **126 kits de medicamentos** destinados a la correcta recuperación de los animales intervenidos. Cada **kit incluía** un analgésico para el control del dolor **(Meloxicam Splend gotas)**, un antibiótico para la prevención de infecciones posoperatorias (**Cefalexina suspensión 250 mg/5 ml**), un antiséptico de uso tópico para la limpieza y desinfección de la herida quirúrgica (**Dxer spray x 120 ml**) y **gasa estéril tejida** para el manejo local.

La entrega de estos medicamentos representa un componente fundamental del proceso quirúrgico, ya que su administración adecuada reduce significativamente el riesgo de complicaciones, mejora el confort del animal durante su recuperación y garantiza el éxito del procedimiento a largo plazo. El manejo posoperatorio sin los insumos necesarios podría derivar en infecciones, dehiscencia de la herida, dolor persistente e incluso estados que comprometan la vida del animal.

Es importante resaltar que muchas de las familias beneficiarias, tanto del albergue temporal como de la comunidad de Granizal, no cuentan con los recursos económicos suficientes para adquirir este tipo de medicamentos en el comercio veterinario formal. Por tanto, brindar estos tratamientos de forma gratuita no solo facilita la continuidad del cuidado médico, sino que asegura que los animales realmente puedan tener una recuperación completa y libre de complicaciones, sin depender de la capacidad adquisitiva de sus tutores.

Esta estrategia no solo impacta positivamente en la salud y bienestar animal, sino que también contribuye a fortalecer el vínculo humano-animal, al permitir que las familias sientan respaldo institucional y acompañamiento responsable durante todo el proceso.

En contextos vulnerables y de emergencia, este tipo de apoyo médico integral se convierte en una herramienta clave para la equidad en el acceso a la atención veterinaria y la protección efectiva de los animales bajo custodia familiar o comunitaria.

Anexos

1. Listado de animales esterilizados, con información detallada de especie, sexo, peso corporal y fecha del procedimiento y adicionales listados de asistencia
2. Relación por procedimiento quirúrgico, desglosado por tipo de cirugía (OVH u orquiectomía).
3. Cantidad de servicios como alquiler de equipos e insumos utilizados, incluyendo mesas quirúrgicas, lámparas, ventiladores, entre otros
4. Fotografías de las jornadas que documentan el desarrollo de las actividades y la participación del equipo médico y logístico.
5. Planillas de asistencia de las esterilizaciones, planillas de entrega de los kits posquirúrgicos y consentimientos de anestesia debidamente firmados por los tutores, autorizando el procedimiento quirúrgico.

- **Fecha de realización:** 03 de julio 2025
- **Lugar de realización:** Institución Educativa Fe y Alegria, Granizal.

En esta jornada se realizan 20 esterilizaciones en caninos y felinos, de familias de los albergues temporales.

Estos 20 animales estaban divididos de la siguiente manera:

- Felinos (14) hembras (4) machos (10)
- Caninos (6) hembras (5) machos (1).

Anexo listado y registro fotográfico de cada mascota.

NÚMERO	NOMBRE	ESPECIE	SEXO	PESO
1	PRINCESA	FELINO	HEMBRA	2KG
2	PELUCHE	FELINO	MACHO	3.5KG
3	PRINCESA	CANINO	HEMBRA	10.8KG
4	YOYO	FELINO	MACHO	3.4KG
5	MARILLO	FELINO	MACHO	3.5KG
6	CHISPITA	FELINO	HEMBRA	2.3KG
7	MANCHAS	FELINO	HEMBRA	2.2KG
8	YAYA	FELINO	MACHO	3.1KG
9	LUNA	FELINO	HEMBRA	2.3KG
10	NAI	FELINO	MACHO	3.9KG
11	SASHA	CANINO	HEMBRA	17KG
12	ZEUS	FELINO	MACHO	3.6KG
13	MONO	CANINO	MACHO	2.3KG
14	CARUZA	CANINO	HEMBRA	19KG
15	LUNA	CANINO	HEMBRA	24.8KG
16	TOM	FELINO	MACHO	3.4KG
17	MANCHAS	FELINO	MACHO	2.3KG
18	BRUNO	FELINO	MACHO	4.1KG
19	MONO	FELINO	MACHO	2.7KG
20	DANA	CANINO	HEMBRA	16KG



info.corposer@gmail.com
301 289 08 63
Centro Comercial Metropolis

- **Fecha de realización:** 04 de julio 2025
- **Lugar de realización:** Institución Educativa Fe y Alegria, Granizal.

En esta jornada se realizan 50 esterilizaciones en caninos y felinos, de familias de Granizal.

Estos 50 animales estaban divididos de la siguiente manera:

- Felinos (29) hembras (16) machos (13)
- Caninos (21) hembras (12) machos (9).

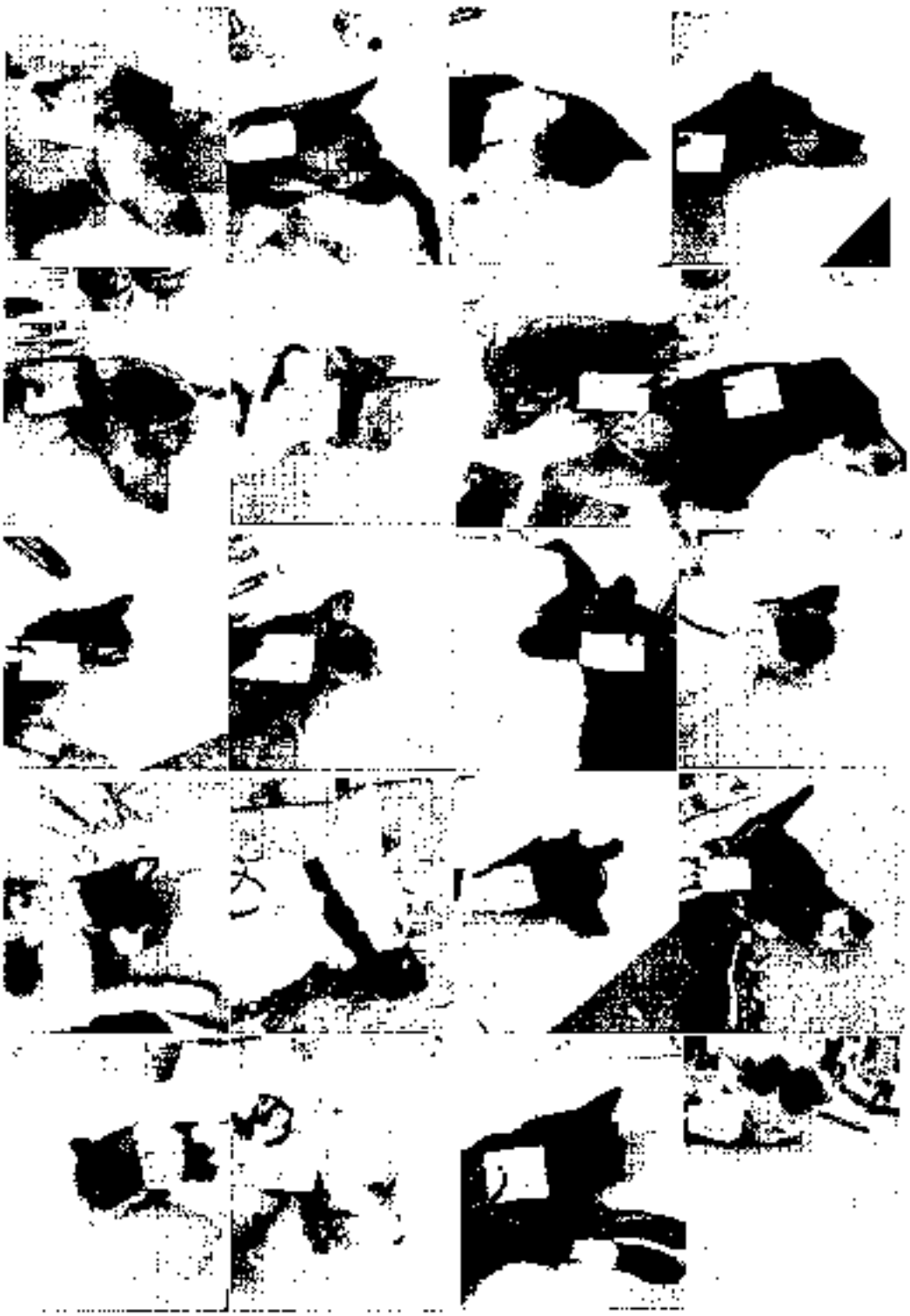
Anexo listado y registro fotográfico de cada mascota.

NÚMERO	NOMBRE	ESPECIE	SEXO	PESO
1	JOKY	CANINO	MACHO	14.9KG
2	MICHI	FELINO	HEMBRA	2.5KG
3	CHUCHA	CANINO	HEMBRA	11.4KG
4	PITUFO	CANINO	MACHO	2.4KG
5	MIXI	FELINO	HEMBRA	2.3KG
6	COQUETA	CANINO	HEMBRA	5.3KG
7	LUPITI	FELINO	MACHO	3.1KG
8	CHOPER	FELINO	MACHO	2.9KG
9	TIGRA	FELINO	HEMBRA	1.6KG
10	COQUITO	FELINO	MACHO	3.7KG
11	LUNA	FELINO	HEMBRA	1.8KG
12	BIGOTES	FELINO	MACHO	2.3KG
13	PELUSA	FELINO	HEMBRA	3.8KG
14	GATO	FELINO	MACHO	4.1KG
15	SASHA	FELINO	HEMBRA	2.3KG
16	ESKOY	CANINO	MACHO	12.5KG
17	KIARA	CANINO	HEMBRA	6.7KG
18	MANCHAS	FELINO	MACHO	2.3KG
19	NINA	FELINO	HEMBRA	2.6KG
20	ROCKY	CANINO	MACHO	8.9KG
21	MOCHA	CANINO	HEMBRA	11.6KG
22	MICHI	FELINO	MACHO	2.6KG
23	RECONEJO	FELINO	MACHO	2.2KG
24	NEGRITA	FELINO	HEMBRA	1.6KG
25	LUCAS	CANINO	MACHO	4.7KG

CORPOSER

26	MOSSO	FELINO	HEMBRA	3.1KG
27	LUCHA	FELINO	HEMBRA	1.3KG
28	TOM	FELINO	MACHO	2.3KG
29	SASHA	CANINO	HEMBRA	33KG
30	MANCHAS	CANINO	MACHO	2.4KG
31	TIGRESA	FELINO	HEMBRA	2.7KG
32	VERON	CANINO	MACHO	25KG
33	ESTRELLA	FELINO	HEMBRA	2.7KG
34	PAQUITO	FELINO	MACHO	3.1KG
35	NIÑA	CANINO	HEMBRA	5.9KG
36	MICHI	FELINO	MACHO	3.1KG
37	MONA	FELINO	HEMBRA	2.5KG
38	GOOLDEN	CANINO	MACHO	2.5KG
39	MUÑECA	CANINO	HEMBRA	8.4KG
40	POCA	FELINO	HEMBRA	3KG
41	MIEL	CANINO	HEMBRA	9.4KG
42	LAIA	CANINO	HEMBRA	12KG
43	POCHOLO	FELINO	MACHO	2.4KG
44	LUNA	CANINO	HEMBRA	5.8KG
45	GATO BOTAS	FELINO	MACHO	3KG
46	VICTORIA	CANINO	HEMBRA	14.1KG
47	TIGRILLA	FELINO	HEMBRA	2.5KG
48	SIMBA	CANINO	MACHO	20.5KG
49	CLOE	FELINO	HEMBRA	2.7KG
50	CELESTE	CANINO	HEMBRA	11KG

CORPOSER



info.corposer@gmail.com
30' 280 08 62
Centro Comercial Metropolis



info.corposer@gmail.com
301 285 08 63
Centro Comercial Metrobello
Calle 50 # 80-10 Of. 204 - 205



- **Fecha de realización:** 05 de julio 2025
- **Lugar de realización:** Institución Educativa Fe y Alegria, Granizal.

En esta jornada se realizan 56 esterilizaciones en caninos y felinos, de familias de Granizal.

Estos 56 animales estaban divididos de la siguiente manera:

- Felinos (33) hembras (21) machos (12)
- Caninos (23) hembras (12) machos (11).

CORPOSER

Anexo listado y registro fotográfico de cada mascota

NÚMERO	NOMBRE	ESPECIE	SEXO	PESO
1	OSO	CANINO	MACHO	30.3KG
2	LUNA	CANINO	HEMBRA	5.6KG
3	JULIETA	FELINO	HEMBRA	2.7KG
4	ALASKA	CANINO	HEMBRA	20KG
5	NIÑA	FELINO	HEMBRA	2.3KG
6	FRULAIS	FELINO	MACHO	3KG
7	VERA	FELINO	HEMBRA	1.9KG
8	MAX	CANINO	MACHO	25KG
9	PELUSA	FELINO	HEMBRA	1KG
10	DOK	CANINO	MACHO	16KG
11	CRISPETA	FELINO	MACHO	2KG
12	SARCA	FELINO	HEMBRA	3KG
13	SASHA	FELINO	HEMBRA	2.8KG
14	KIRA	FELINO	MACHO	5KG
15	MONO	FELINO	MACHO	3.5KG
16	ATENEA	FELINO	HEMBRA	2KG
17	AGATA	FELINO	HEMBRA	2.8KG
18	ZURY	CANINO	HEMBRA	24.5KG
19	MONO	FELINO	MACHO	3.1KG
20	MIXI	FELINO	HEMBRA	1.5KG
21	NIÑO	CANINO	MACHO	8.7KG
22	CANDY	FELINO	HEMBRA	2.7KG
23	CURO	FELINO	MACHO	3KG
24	NEGRA	CANINO	HEMBRA	17.3KG
25	PEPE	FELINO	MACHO	4.5KG
26	ONIX	FELINO	MACHO	1.9KG
27	NINO	FELINO	MACHO	2.3KG
28	PRINCESA	FELINO	HEMBRA	2.3KG
29	GARY	FELINO	MACHO	4.5KG
30	ESTRELLA	CANINO	HEMBRA	5.3KG
31	DANGER	CANINO	MACHO	1.8KG
32	DULCE	CANINO	HEMBRA	5,6KG
33	ESTEBAN	FELINO	MACHO	2.7KG
34	FLACO	CANINO	MACHO	19KG
35	ESTRELLA	FELINO	HEMBRA	1.4KG
36	TACHA	FELINO	HEMBRA	3.7KG
37	LUCAS	CANINO	MACHO	22KG
38	PANDORA	FELINO	HEMBRA	8KG
39	ROY	CANINO	MACHO	5.5KG

CORPOSER

40	NIEVE	FELINO	HEMBRA	2.2KG
41	PANDORA	FELINO	HEMBRA	1.1KG
42	TOMAS	FELINO	MACHO	4KG
43	PRINCESA	FELINO	HEMBRA	3KG
44	PORAI	CANINO	MACHO	15.8KG
45	MOLY	FELINO	HEMBRA	2.1KG
46	ATENEA	FELINO	HEMBRA	2.4KG
47	MILU	CANINO	HEMBRA	15.5KG
48	LUNA	CANINO	HEMBRA	4.6KG
49	VUNA	CANINO	HEMBRA	2.6KG
50	SOMBRA	CANINO	HEMBRA	27KG
51	YERRY	CANINO	MACHO	1.9KG
52	BELLA	CANINO	HEMBRA	2.2KG
53	GUAPA	CANINO	MACHO	5KG
54	AURORA	FELINO	HEMBRA	3.2KG
55	KIRA	CANINO	HEMBRA	10KG
56	LOKY	FELINO	MACHO	3.2KG

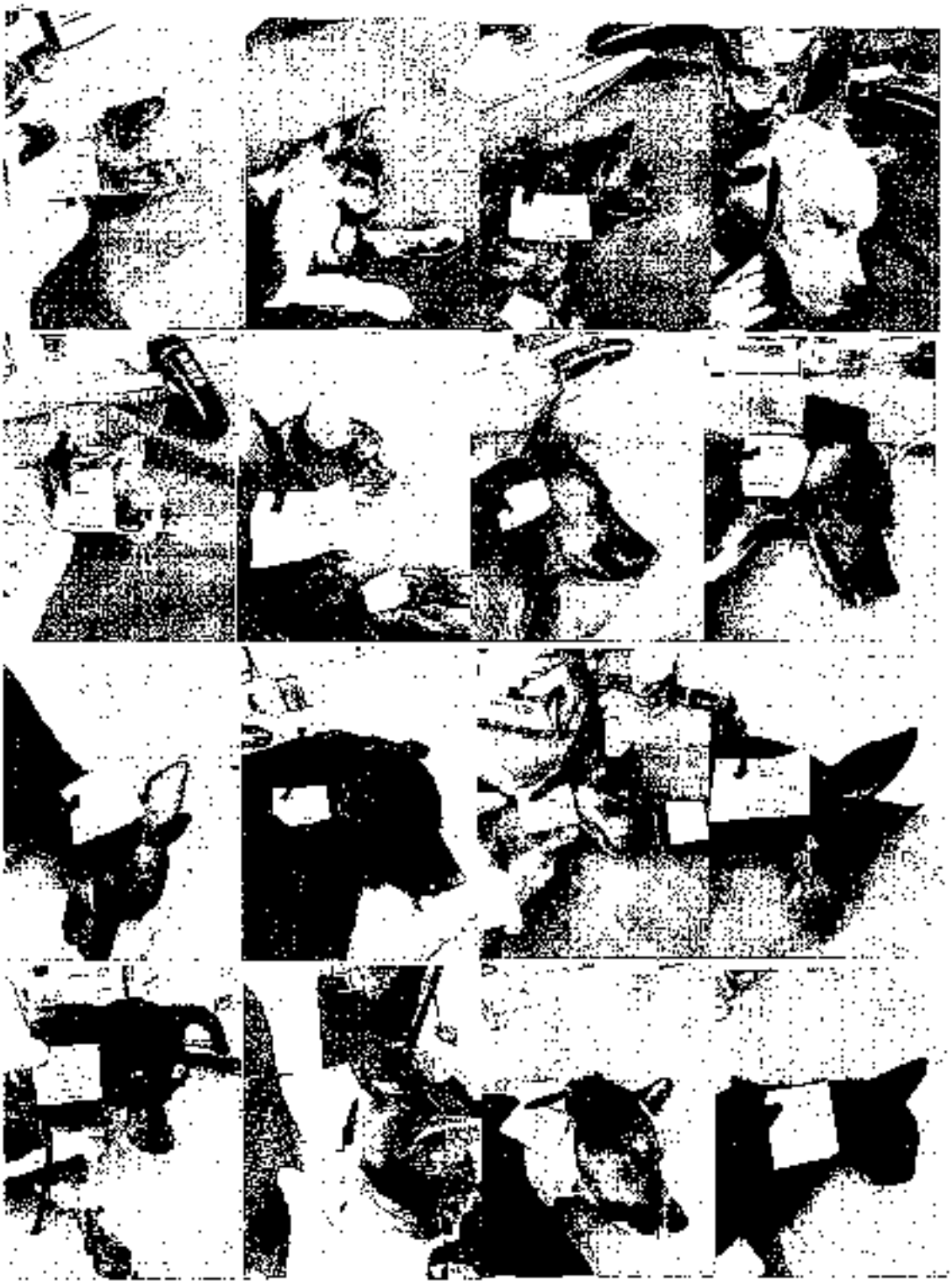


info.corposer@gmail.com
301 220 02 03
Centro Comercial Metrobello

CORPOSER



info.corposer@gmail.com
+1- 301 299 98 03
Centro Comercial Metrobello



info.corposer@gmail.com
301 203 08 63
Centro Comercial Mariscal
Calle 53 #80-10 Olic 10 333

ASISTENCIA A EVENTOS PROGRAMADOS CON COMUNIDAD Y COLECTIVOS

SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE, VIVIENDA Y DESARROLLO RURAL

EVENTO TERRITORIAL: Jornada de Esterilización

LOCAL: Granja: Fe y Alegría

FACILITADOR(A) EDUCADOR(A): Engels Caicedo

UNIDAD TÉCNICA RESPONSABLE: SMAVDR

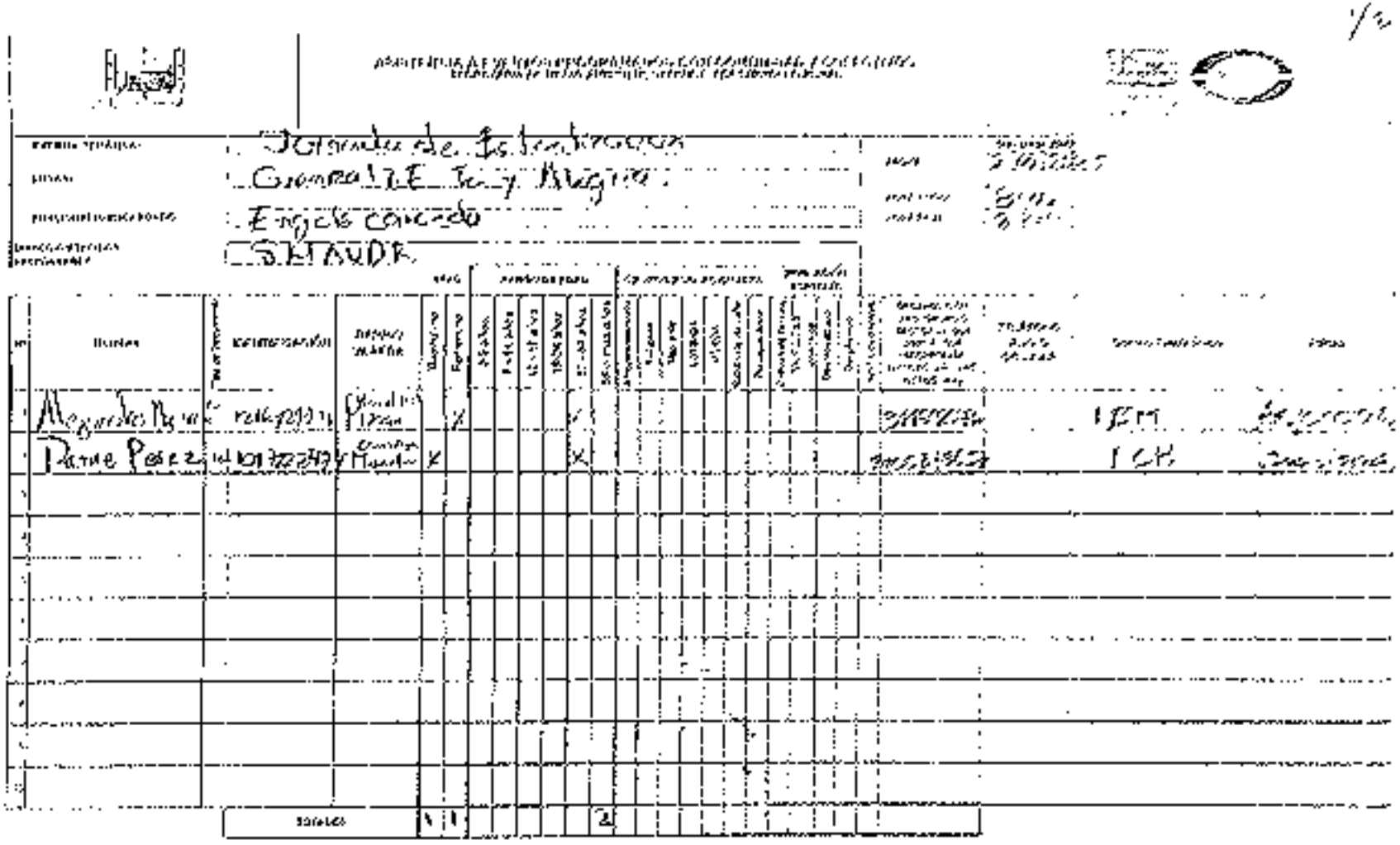
FECHA: DD 18 MES 12 AÑO 2025

HORA INICIO: 8:00

HORA FIN: 2:00

N°	Nombre	Identificación	DIRECCIÓN	BARRIO VEREDA	SEXO: Masculino	SEXO: Femenino	RANGO DE EDAD: 0-5 años	RANGO DE EDAD: 6-11 años	RANGO DE EDAD: 12-17 años	RANGO DE EDAD: 18-26 años	RANGO DE EDAD: 27 - 59 años	RANGO DE EDAD: 60 años o más	GRUPOS POBLACIONALES: Afrodescendiente	GRUPOS POBLACIONALES: Indígena	GRUPOS POBLACIONALES: Negro(a)	GRUPOS POBLACIONALES: LGBTIQ+	GRUPOS POBLACIONALES: OTROS	GRUPOS POBLACIONALES: Habitante de calle	GRUPOS POBLACIONALES: Discapacidad	GRUPOS POBLACIONALES: Campesino(a)	POBLACIÓN ESPECIAL: Víctima del conflicto armado	POBLACIÓN ESPECIAL: Desplazado(a)	POBLACIÓN ESPECIAL: Reincorporado(a)	PROCEDENCIA (Municipio, Estado o País de residencia para personas migrantes, retornados y/o extranjeros)	TELÉFONO FIJO O CELULAR	Correo Electrónico	FIRMA
1	Pedro Cardozo	1088332184		Pinar		X					X														314702 6426	ICH.	Pedro C
2	Opelma Dalia	1032119735		Pinar	X						X														3126045449	IFH	Opelma Dalia
3	Maria Yorledy	1030361140		Pinar		X					X														3016107613	3FH. 3FM	Yorledy Vargas
4	Luz Oregas	1032258975		Pinar		X					X														3234502098	1FM.	Luz Vargas
5	Hector Hurtado	1040249921		Pinar	X						X														3146011463	1CH. 1CM	Hector
6	Yadira Ordoñez	1030893		Montaña		X					X														3138404520	1CH	Yadira
7	Soraida Zapata	1088332811		Montaña		X				X	X														314702 6428	ICH.	Soraida
8	Belinda Zapata	1030963127		Montaña		X					X														3015462698	ICH 1F	Belinda Zapata
9	Mario Gilma Chaux	4298300		Pinar	X							X													3135535488	1CH 2FH.	Mario Gilma
10	Genoveva Rodas	32004528		Montaña		X					X														3146581645	1FH	Genoveva
	TOTALES				10	10				1	19																	

Tratamiento de datos personales: de conformidad con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, la información recolectada será utilizada para fines estadísticos y de seguimiento a la gestión. Puede consultar nuestra política de tratamiento de datos en: https://www.medellin.gov.co/normatividad/resolucion-7520000687



Versión: 06

Fecha de aprobación: 2024/ 04/22

COMPOSER

03 / Julio / 2025

Kit Resgate	Vera	Felino		Macho	Filhote	3,4 kg	Sr	Maria Inês de Campos	30162048	32376120	
	Macarena	Felino		Fêmea	Filhote	2,2 kg	Sr	Maria Inês de Campos	30162048	32376120	
	Yoyo	Felino		Macho	Filhote	3,1 kg	Sr	Maria Inês de Campos	30162048	32376120	
	Chiquinha	Felino		Fêmea	Filhote	3,1 kg	Sr	Maria Inês de Campos	30162048	32376120	
	Zuno	Felino		Macho	Filhote	2,3 kg	Sr	Maria Inês de Campos	30162048	32376120	
	Princesa	Felino		Fêmea	Adulto	2 kg	Sr	Maria Inês de Campos	30162048	32376120	
	Marcelo	Felino		Macho	Filhote	3,6 kg	Sr	Maria Inês de Campos	30162048	32376120	
	Thor	Canino		Macho	Filhote	10,8 kg	Sr	Ana Carolina Moreira	31362	32986544	
	Zeca	Felino		Macho	Filhote	3,5 kg	Sr	Geraldo Pedro	31455816	32307425	
	Mimo	Canino		Macho	Adulto	20 kg	Sr	Maria Silva Costa	31565453	42982300	
	Bella	Canino		Fêmea	Adulto	24 kg	Sr	Marcia Martins	31460	9946	
	Toni	Canino		Macho	Adulto	19 kg	Sr	Marcia Martins	31460	9946	
	Pelúcia	Felino		Macho	Adulto	3,5 kg	Sr	Sônia Siqueira	31460	10393	
	Cacau	Canino		Fêmea	Adulto	22 kg	Sr	Sebastião Zacarias	30156	10956	
	Tom	Felino		Macho	Filhote	4,4 kg	Sr	Luiza Fernanda Gomes	31452	10390	
	Marcelo	Felino		Macho	Adulto	3,3 kg	Sr	Luiza Fernanda Gomes	31452	10390	
	Bruno	Felino		Macho	Adulto	4 kg	Sr	Paulo Cardoso	30240	11391	
	Nina	Felino		Macho	Filhote	3,4 kg	Sr	Ivo Borges	32390	10332	
	Dana	Canino		Fêmea	Adulto	16 kg	Sr	Daniel Pereira	31052	30122	
	Princesa	Canino		Fêmea	3 meses	10 kg	Sr	Ofélia Balbom	3	32199	

ASISTENCIA A EVENTOS PROGRAMADOS CON COMUNIDAD Y GRUPOS ETNICOS

EVENTO Y/O ÁREA: Jornada de Estructuración

LUGAR: Colegio Fco. Alegría Montaña

FUNCIONARIO RESPONSABLE: Compositor

DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE: Medio Ambiente

FECHA: Martes

HORA INICIAL: 8:00 am

HORA FINAL: 5:00 pm

Nº	Nombre	Tipo de Documento	IDENTIFICACIÓN	BARRIO VEREDA	SEXO: Masculino	SEXO: Femenino	RANGO DE EDAD: 0-5 años	RANGO DE EDAD: 6-11 años	RANGO DE EDAD: 12-17 años	RANGO DE EDAD: 18-26 años	RANGO DE EDAD: 27-54 años	RANGO DE EDAD: 55 o más	GRUPOS POBLACIONALES: Campesinado	GRUPOS POBLACIONALES: Afros	GRUPOS POBLACIONALES: Raizal	GRUPOS POBLACIONALES: Indígena	GRUPOS POBLACIONALES: Rrom	GRUPOS POBLACIONALES: LGBTIQ+	GRUPOS POBLACIONALES: Víctimas	GRUPOS POBLACIONALES: Habitante de calle	GRUPOS POBLACIONALES: Discapacidad	GRUPOS POBLACIONALES: Privados de la libertad	GRUPOS POBLACIONALES: Ninguna	POBLACIÓN ESPECIAL: Víctimas del conflicto	POBLACIÓN ESPECIAL: Con discapacidad	POBLACIÓN ESPECIAL: Privados de la libertad	ORGANIZACIÓN A LA QUE PERTENECE (SI APLICA)	TELÉFONO FIJO CELULAR	Correo Electrónico	Firma
1	Wilder Ivan	CC	1349567	Vereda El Diviso		X						X																	3233335716	1CM	
2	Libia Henao	CC	43251224	Barrio La Paz		X					X															X			3023916124	1FH	Libia H
3	Maria Moreno	CC	43640748	Barrio [illegible]		X						X														X			3155318804	1CM 1FM	Mm
4	Julia Rojas	CC	22192051	Sector 4	X						X					X					X								3133437408	1CH	
5	Elizabeth Abukid	CC	24541053	Barrio El Diviso		X					X														X		X		3046463630	1M 1FH	Elizabeth
6	Virgelina Cashima	CC	43456220	Barrio La Paz		X						X									X								3155744152	1FH	Virgelina
7	Jonathan Vela	CC	1025520136	Sector 4	X						X										X								3016903604	1FM	
8	Dairon Sanchez	CC	1074007216	Sector 4	X						X										X								3104934248	1FH	Dairon
9	Deisy Bedoya	CC	1001509138	El Diviso		X				X																			3124461615	2FM	Deisy Bed
10	Claudia Bedoya	CC	1028024869	El Diviso		X					X																		3006580613	1FH 1FM	Claudia B
	TOTALES				3	7			1	1	6	3				1					4	1				3					

Diligenciando este registro por cualquier medio físico, autorizo a la Unidad de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Rural para que realice todas y cada una de las actividades requeridas con el propósito de cumplir con el objeto social de la misma, de conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Consulte la política de tratamiento de datos en el siguiente link: https://www.pereira.gov.co/normatividad/resolucion-1000004049

1/4

Powered by Cascadetech

ASISTENCIA A EVENTOS PROGRAMADOS CON COMUNIDAD Y COLECTIVOS

Jornada de Caracterización
Colegio IED Alegría Gimnasio
Corposer
María Ambiente

FECHA: 04/04/2024
HORA INICIO: 8:00 am
HORA FIN: 2:00 pm

Nº	Nombre	Tipo de documento	Identificación	Barrio Vereda	Sexo: Masculino	Sexo: Femenino	Rango de edad: 0-5 años	6 - 11 años	12 - 17 años	18-26 años	27 - 54 años	55 o más	Datos poblacionales: Afrocolombiano	Raizal	Rrom	Indígena	Migrante	Víctima del conflicto	Habitante de calle	Privado de la libertad	Población con discapacidad	Gestante	Lactante	Población especial: Víctima del conflicto	Desmovilizado	Ninguna	Consentimiento para tratamiento de datos personales (SI/NO)	Teléfono fijo o celular	Correo Electrónico	Firma
	Juan Quintero	CC	1033810851	El Pinar	X				X															X				3142500101	1FH	Quintero
	Cielo Lopez	CC	5099502020	Granada		X						X																312 2114562	2CH 1FH	Cielo Lopez
	Ana Uribe	CC	21610318	Reposo del Rio		X						X														X		3114838485	1FM	Ana Uribe
	Maria Nieves	CC	39205516	Regalo de Dios		X						X												X		X		3103834332	1FM, 1FH	Nieves
	Paula Castillo	CC	39358241	Sector 1		X					X													X				- -	1FM	Paula
	Ruben Serrano	CC	1031432296	Portal de Oriente	X					X																		3135923213	2CM	
	Juan Jaramillo	CC	1031616722	Regalo de Dios	X						X																	3246895331	1CM	
	Yesenia Segura	TI	1055628181	Regalo de Dios		X						X					X												1FH	
	Jessica Blanco	CC	1031514011	Adolfo Pinilla		X					X																	3244236826	1FH	Jessica Blanco
	Juliana Rojas	CC	1000262033	Adolfo Pinilla		X				X															1	2	1	3135193334	1FM	Juliana Rojas
			TOTALES		3	3				3	3	4					1								1	2	1				

En virtud de los datos personales que suministra, autoriza a la Secretaría de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Rural para el envío de información y demás eventos propios de nuestro objeto social, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, adicionen, reglamenten o complementen. Consulte nuestra política de tratamiento de datos en el siguiente link: https://www.bello.gov.co/sites/default/files/docs/2019/20190004082

2/4

Powered by CamScanner

ASISTENCIA A EVENTOS PROGRAMADOS POR LA COMUNIDAD Y COLEGIOS

SECRETARÍA DE [illegible]

EVENTO / PRÁCTICA: Jornada de Intervención

SALÓN: Colegio IE y Alegría, Granada

FUNCIONARIO(S) ENCARGADO(S): Carpeta

DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE: Medio Ambiente

FECHA: DIA MES AÑO 01 03 2025

HORA INICIO: 8:00 am

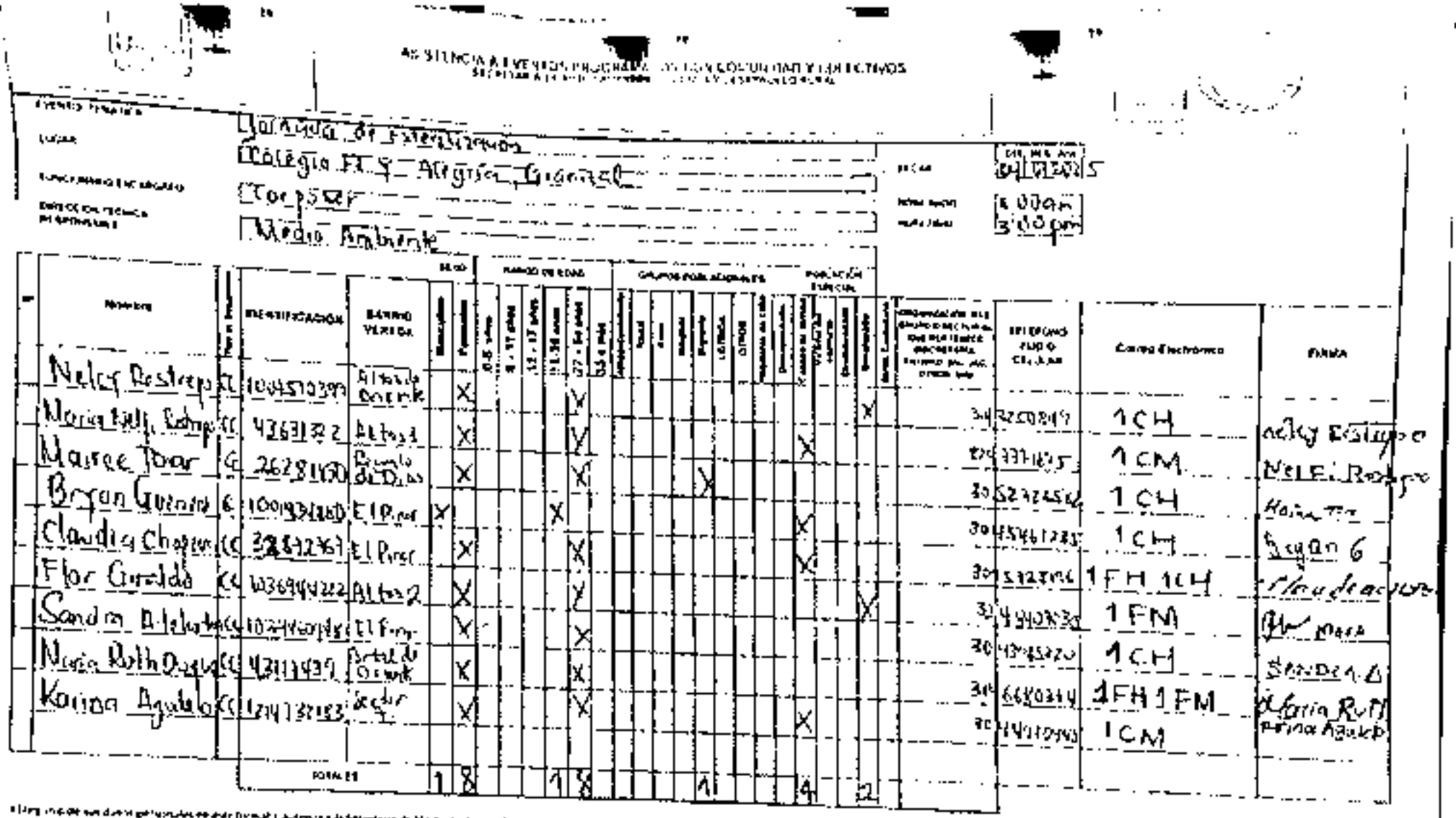
HORA FINAL: 2:00 pm

Nº	Nombre	Tipo de documento	Identificación	Barrio / Vereda	Sexo: Hombre	Sexo: Femenino	Rango de edad: 0-5 años	6-11 años	12-17 años	18-26 años	27-54 años	55 o más	Grupo poblacional: Afrodescendiente	Raizal	Rom	Mestizo	Migrante	Indígena	Palenquero de San Basilio	Discapacidad	Víctima de conflicto	Desplazado	Desmovilizado	Privado de la libertad	Ninguno	Información adicional (opcional)	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Firma
	Catalina Rivera	CC	1035863947	Sector 7		X					X																3136102588	IFM	Catalina Rivera
	Ruben Alvarez	TI	1265970	Manantiales	X						X						X										3143132152	ICH	[illegible]
	Monica Agudelo	CC	1006818912	Sector 4		X					X										X						3024629834	ICN	[illegible]
	Angie Cano	CC	1148145047	Sector 3		X					X											X					3147941152	IFH	Marlon A
	Adriana Rodriguez	CC	42684910	Sector 1		X						X															3207723846	IFH	Adriana
	Andrea Lopez	CC	1152692434	El Pinar		X					X																3127041250	ICH	Andrea L.
	Olga Murcia	CC	43443953	Sector 3		X						X															3043235224	ICM	[illegible]
	Consuelo Guisao	CC	43418912	El Pinar		X					X											X					3128812494	IFM	Consuelo
	Sandra Ceballos	CC	1128388615	Republica Dios		X					X										X						3001066510	IFH IFM	Sandra
	Sirley Parra	CC	1017213601	Sector 5 Manantiales		X					X										X						3015702608	ICH	Sirley Parra
			TOTALES		1	9					8	2					1				3		2							

[illegible] datos personales en este formato, autoriza a la Secretaría de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Rural para [illegible] Ley 1581 de 2012 y demás [illegible]

3/4

Universidad de Caldas



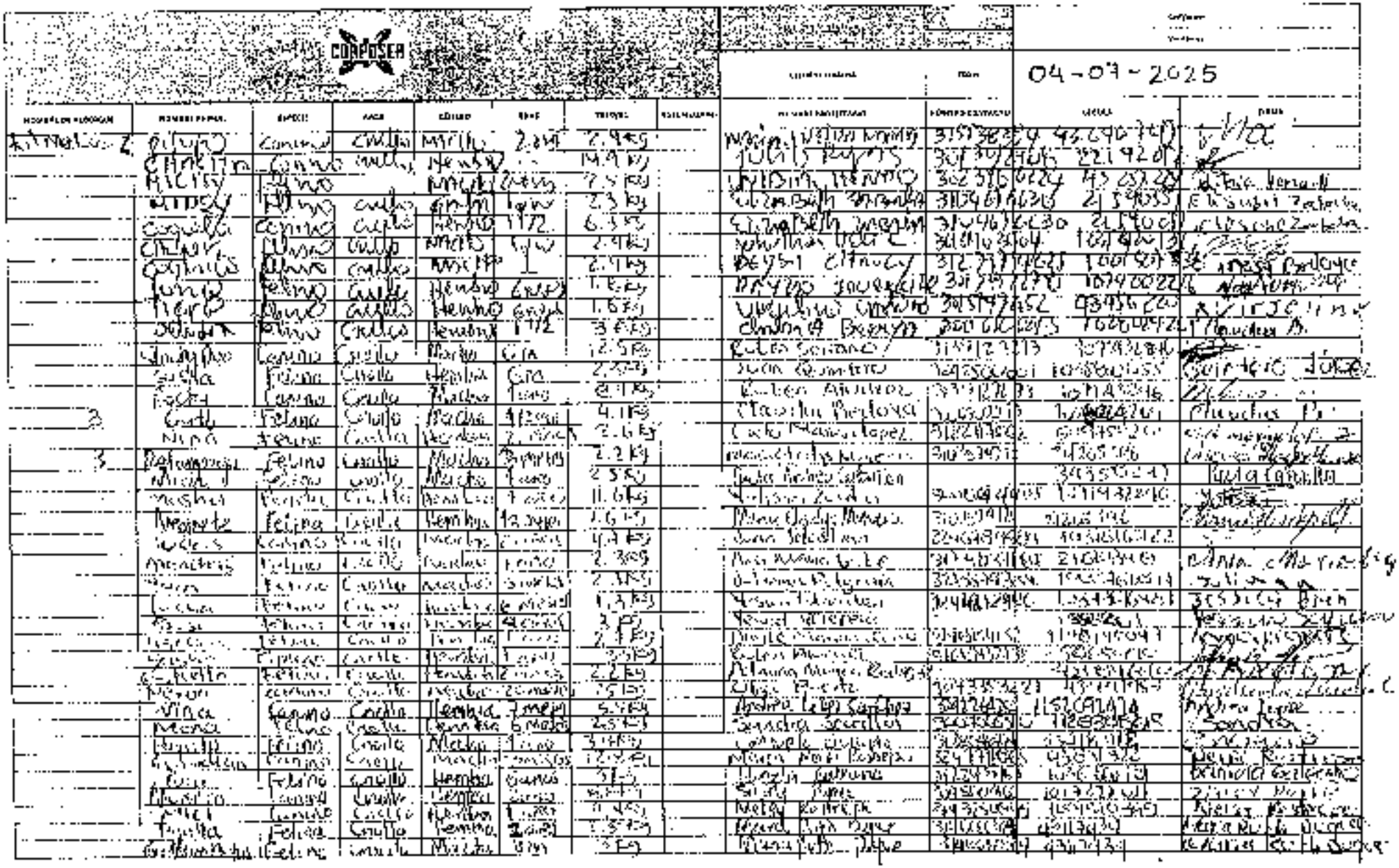
Jornada de Sensibilización
Colegio IES Alegría General
Corpoeste
Medio Ambiente
04/03/25
8:00am
3:00pm

Nombres	Tipo Poblac.	Identificación	Barrio Vereda	Edad: Educación	Edad: Población	Rango de edad: 0-5 años	Rango de edad: 6-11 años	Rango de edad: 12-17 años	Rango de edad: 18-59 años	Rango de edad: 60 y más	Grupos poblacionales: Total	Grupos poblacionales: Mujeres	Grupos poblacionales: Hombres	Grupos poblacionales: Pequeña	Grupos poblacionales: Lúdica	Grupos poblacionales: Otros	Población étnica: Indígena	Población étnica: Afrocolombiano	Población étnica: Ninguno	Población étnica: Desplazado	Discapacidad	Teléfono fijo o Celular	Correo Electrónico	Firma
Nelcy Restrepo	C	1004510397	Alameda Parque	X					X											X		3142208412	1CH	nelcy Restrepo
Norma Hilda Echeverry	C	43631322	Alameda	X					X									X				3137711625	1CM	NELE. Restrepo
Maree Toar	C	26281100	Pueblo Bello	X					X					X				X				3205242456	1CH	Maria Toar
Bryan Guerra	C	1001934180	El Pinar	X				X										X				3154612285	1CH	Bryan G
Claudia Chapman	C	32632261	El Pinar	X					X									X				3123334	1FH 1CH	Claudia Chapman
Flor Giraldo	C	43694222	Alameda 2	X					X											X		3103033	1FM	Flor Giraldo
Sandra Echeverry	C	1037[illegible]	El Pinar	X					X													3134[illegible]20	1CH	Sandra E.
Nora Ruth Duque	C	43111437	Portal del Norte	X					X											X		3166[illegible]14	1FH 1FM	Gloria Ruth Nora Aguirre
Karina Aguirre	C	1214132153	Poder	X					X													3141[illegible]93	1CM	
			TOTALES	18				1	18					1				4		12				

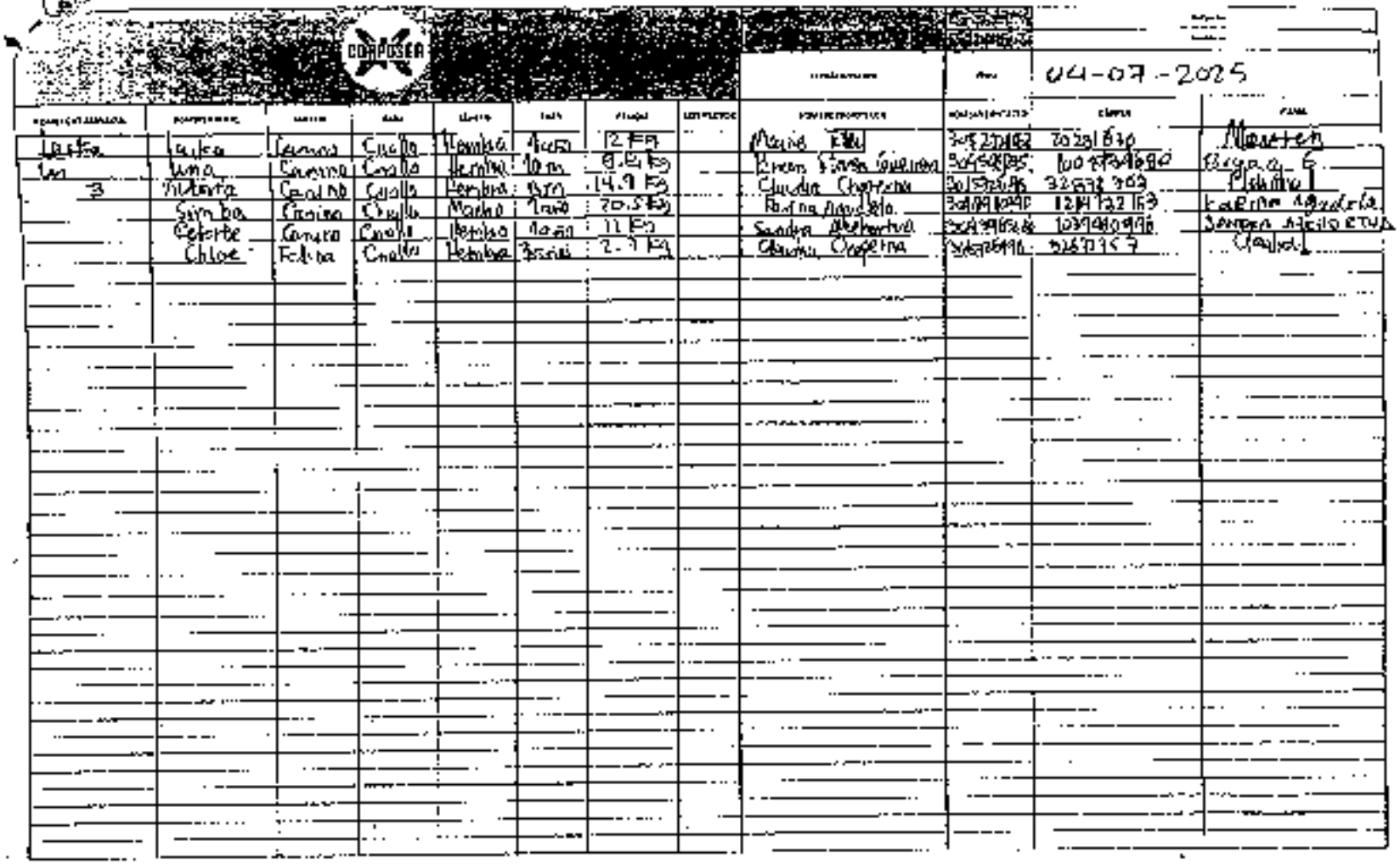
* Diligencie solo una vez por cada persona que participe en la actividad. Autorizo a la Secretaría de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Rural para realizar registro fotográfico y audiovisual de mi participación en la actividad de fecha [illegible] y para el uso de estas imágenes con fines pedagógicos, educativos y/o informativos. Consulte la política de tratamiento de datos personales en el siguiente link: https://www.bello.gov.co/normatividad/resolucion-0190002021

4/4

Powered by Cumplo



- Observación: Se hizo entrega de 6 kits adicionales a 4 beneficiarios, en razón de que presentaron un mayor número de animales intervenidos durante la jornada de esterilización.



COMPOSEA

04-07-2025

Lestra	Leika	Cervino	Criollo	Hembra	Adulto	12 Kg		Maria [illegible]	30527[illegible]	20231870	Maarten
Leo	Luna	Cervino	Criollo	Hembra	Joven	8.5 Kg		Karen Viviana Gutierrez	30456[illegible]	1004[illegible]	Virginia 6
3	Victoria	Criollo	Criollo	Hembra	Joven	14.9 Kg		Claudia Chaparro	30[illegible]	32[illegible]	Palomino
	Simba	Criollo	Criollo	Macho	Joven	20.5 Kg		Karina Mendiola	3[illegible]	12[illegible]	Karina Mendiola
	Celeste	Criollo	Criollo	Hembra	Adulto	11 Kg		Sandra Albertina	3[illegible]	1039[illegible]	Sandra Alicia ETUA
	Chloe	Criollo	Criollo	Hembra	Joven	2.1 Kg		Claudia Chaparro	3[illegible]	52[illegible]	Claudia

Scanned with CamScanner

ASISTENCIA A EVENTOS PROGRAMADOS CON COMUNIDAD Y COLECTIVOS

SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE, VIVIENDA Y DESARROLLO RURAL

Ox-01A 113

EVENTO/ DEPENDENCIA:

LUGAR:

FUNCIONARIO ENCARGADO:

DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE:

FECHA: DÍA | MES | AÑO

HORA INICIO:

HORA FINAL:

N°	Nombre	Tipo de Documento	IDENTIFICACIÓN	BARRIO/ VEREDA	SEXO: Masculino	SEXO: Femenino	RANGO DE EDAD: 0-5 años	6 - 11 años	12 - 17 años	18-26 años	27 - 64 años	65 y más	GRUPOS POBLACIONALES: Afrodescendiente	Rrom	Negro	Raizal	Palenquero	LGBTIQA+	Mujeres	Habitantes de calle	Reincorporado	POBLACIÓN ESPECIAL: Víctima del conflicto armado	Persona con discapacidad	Desplazado	Migrante	Zona Diferencial	ORGANIZACIÓN, RED, GRUPO O ACCIÓN COMUNITARIA A LA QUE PERTENECE (SECRETARÍA, CLUB, JAC, ETC.)	TELÉFONO FIJO O CELULAR	Correo Electrónico	FIRMA
1	Sulai Bravo	CC	1196A36045	Envigado		X					X																	—	3012343624	ICH	Sulai Bravo
2	Juan Camilo Correa	CC	1037362628	Envigado	X						X																	—	3008518398	ICH	J. Correa
3	Bibiana Hernandez	CC	1020442839	Envigado		X					X																	—	3008742071	ICM	Bibiana
4	Esteban Jaramillo	CC	1041763584	Envigado	X					X																		—	2016012286	IFM	Esteban Jaramillo
5	Daniela Galeano	CC	1036680181	Envigado		X					X																	—	3122135763	ICM	Daniela Galeano
6	Octaviano de la Ossa	CC	4184897181	Envigado	X							X										X						—	3128925104	ICM	Octaviano de la Ossa
7	"	"	"	"	—																							—	"	IFH	Octaviano de la Ossa
8	Jenifer Garcia	CC	1037168781	Envigado		X					X																	—	3116013046	IFH	Jenifer Garcia
9	Victor Betancourt	CC	71106290	Envigado	X						?																	—	3001841936	IFH	Victor Betancourt
10	Ines Bedoya	CC	21936841	Envigado		X						X																—	3015024386	ICH	Ines Bedoya
			TOTALES		4	5				1	6	2										1									

Para efectos de estos datos personales en esta formato, autorizo a la Secretaría de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Rural para su tratamiento de acuerdo con la finalidad descrita en el objeto social y misionalidad de cumplimiento a los lineamientos establecidos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, adicionen, deroguen o complementen. Consultada en el Diario Oficial de Colombia en el siguiente link: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30018800#1

Escaneado con CamScanner

ASISTENCIA A EVENTOS PROGRAMADOS CON COMUNIDAD Y COLECTIVOS
SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE, VIVIENDA Y DESARROLLO RURAL

EVENTO/ TEMÁTICA:

LUGAR:

FUNCIONARIO ENCARGADO:

DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE:

FECHA: DÍA | MES | AÑO

HORA INICIO

HORA FINAL

Nº	Nombre	Tipo de documento	IDENTIFICACIÓN	BARRIO VEREDA	SEXO: Masculino	SEXO: Femenino	RANGO DE EDAD: 0-5 años	RANGO DE EDAD: 6 - 11 años	RANGO DE EDAD: 12 - 17 años	RANGO DE EDAD: 18-26 años	RANGO DE EDAD: 27 - 54 años	RANGO DE EDAD: 55 o más	GRUPOS POBLACIONALES: Afrocolombiano	GRUPOS POBLACIONALES: Raizal	GRUPOS POBLACIONALES: Rrom	GRUPOS POBLACIONALES: Indígena	GRUPOS POBLACIONALES: Mujeres	GRUPOS POBLACIONALES: LGTBIQ+	GRUPOS POBLACIONALES: OTROS	GRUPOS POBLACIONALES: Habitante de calle	GRUPOS POBLACIONALES: Discapacidad	POBLACIÓN ESPECIAL: Cabeza de familia	POBLACIÓN ESPECIAL: Víctima del conflicto	POBLACIÓN ESPECIAL: Desplazado/Refugiado	POBLACIÓN ESPECIAL: Desplazado	POBLACIÓN ESPECIAL: Otra	Cuenta con Sisbenito	ORGANIZACIÓN, RED, GRUPO O INSTANCIA A LA QUE PERTENECE (SECRETARÍA, MESA DE DIÁLOGO, RED, GRUPO, ETC.)	TELÉFONO FIJO/ CELULAR	Correo Electrónico	FIRMA
1	Maritza Martinez	CC	44006302	—		X					X																	—	3011721363	IFM	Maritza
2	Marta Uribe	CC	44006157	Guamal		X					X																	—	3044007273	IFM	Marta
3	Mansol Echeverri	CC	1017263312	Guamal		X				X																		—	3012485138	IFM	Mansol Echeverri
4	Rodrigo Quintero	CC	7716601	Guamal	X							X										X						—	3122747733	IFM	Rodrigo Quintero
5	Yolely Muñiz	CC	34149454	Guamal		X					X																	—	3007864772	IFM	Yolely Muñiz
6	Yazmin Reyes	CC	34133982	Guamal		X					X																	—	3136545772	IFM	Yazmin R
7	11	CC	11	—	—																							—	11	IFM	Yazmin R
8	11	CC	11	—	—																							—	11	IFM	Yazmin R
9	Blanca Zuluaga	CC	43038342	Guamal		X						X																—	3243076300	IOH	Blanca Zuluaga
10	Yonaida Echeverri	CC	1036923611	Guamal		X					X																	—	3006013001	IFM	Yonaida
			TOTALES		1	9				1	5	2										1										

Tratamiento de sus datos personales en cumplimiento, autorizo a la Secretaría de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Rural para recolectarlos y almacenarlos para el desarrollo directo de nuestro objeto social y serán tratados conforme a los principios establecidos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, adicionen, reglamenten o complementen. Consulta política de tratamiento de datos en el siguiente link: http://www.bello.gov.co/normatividad/privacidad-y-tratamiento-de-datos

Scanned with CamScanner

ASISTENCIA A EVENTOS PROGRAMADOS CON COMUNIDAD Y COLECTIVOS

SECRETARÍA DE SEGURIDAD CIUDADANA, CONVIVENCIA Y DESARROLLO RURAL

06-OA 218

EVENTO TEMÁTICO:

LUGAR:

FUNCIONARIO ORGANIZADOR:

DEPENDENCIA RESPONSABLE:

FECHA: DIA | MES | AÑO

HORA INICIAL:

Nº	Nombre	Tipo de identificación	Identificación	Barrio vereda	Sexo: Masculino	Sexo: Femenino	Rango de edad: 0-5 años	6 - 11 años	12 - 17 años	18-26 años	27 - 54 años	55 o más	Grupos poblacionales: Afrodescendiente	Hombre	Mujer	Indígena	Migrante	LGTBIQ+	Otros	Habitante de calle	Privado de la libertad	Población con discapacidad: Física	Mental	Sensorial	Múltiple	Ninguna	Grupo Comunal	Organización, red, grupo sectorial que pertenece (Secretaría, Infancia, Inl, Jac, Copaci, No)	No. Celular	Correo Electrónico	Firma
1	Yuli Rivas	CC	52128059	Bermejal		X					X						X												3202858860	1FM	Rivas
2	Gerardo Ruiz	CC	1246461681	Bermejal	X							X									X								3043130233	1FM	Gerardo
3	Zenaida Cifuentes	CC	43045104	Bermejal		X						X									X								3113491626	1FM	Zenaida C.
4	Ricardo Acevedo	CC	1036911466	Bermejal	X					X																			3045552290	1FM	Ricardo Acevedo T
5	Valentina Munera	CC	1036873549	Bermejal		X					X										X								3126577460	1FM	Valentina M
6	11	11	—	—	—	—																							11	1FM	Valentina M
7	Maria Ruiz	CC	1002135401	Bermejal		X				X																			3146134063	1GH	Maria Ruiz
8	Diego León Cano	CC	1152697334	Bermejal	X							X									X								3146414482	1FM	Diego Cano
9	Patricia Chaverra	CC	43677316	Bermejal		X					X																		3146024453	1FM	Patricia Ch.
10	Maribel Chaverra	CC	43836615	Bermejal		X					X																		3145692504	1CM	Maribel Ch.
			TOTALES		3	6				2	4	3									4											

El registro de datos personales en este formato, además de la información de movilización y/o desarrollo rural para caracterización y seguimiento, para el ejercicio directo de nuestro objeto social y será tratado conforme a los principios establecidos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, adicionen, reglamenten o complementen. Consulta nuestra política de tratamiento de datos en el siguiente hipervínculo: https://www.bello.gov.co/normatividad/resolucion-2019060439

Scanned with CamScanner

ASISTENCIA A EVENTOS PROGRAMADOS CON COMUNIDAD Y COLECTIVOS
SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE, VIVIENDA Y DESARROLLO RURAL

EVENTO TEMÁTICA:

LUGAR:

FUNCIONARIO ENCARGADO:

DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE:

FECHA: DÍA | MES | AÑO

HORA INICIO:

HORA FINAL:

N°	Nombre	Tipo de Documento	No Identificación	Barrio Vereda	SEXO: Masculino	SEXO: Femenino	RANGO DE EDAD: 0-5 años	6 - 11 años	12 - 17 años	18-26 años	27 - 54 años	55 o más	GRUPOS POBLACIONALES: Afrodescendiente	Raizal	Room	Indígena	Migrante	VÍCTIMA	OTROS	Habitante de calle	Discapacidad	POBLACIÓN ESPECIAL: Cuenta de cuidado	Víctima del conflicto	Pertenencia étnica	Desplazado	Para Gestantes	ORGANIZACIÓN, red, grupo o comunidad al que pertenece (Secretaría, Enmanda, Jac, Asc, Corporación)	TELÉFONO FIJO O CELULAR	Correo Electrónico	FIRMA
1	Marleny Arias	CC	43831400	Envigado		X					X																—	3113091661	ICM	marleny
2	Adriana Jaramillo	CC	1011178472	Envigado		X				X																	—	3128473664	ICH	Catalina J.
3	Mercedes Rojo	CC	44414512	Envigado		X					X																—	3012161128	ICH	Mercedes
4	Julia Uribe	CC	1019064481	Envigado		X				X																	—	3043831381	IFH	Julia Uribe
5	Darly Mejía	CC	32140951	Envigado		X					X																—	3013814184	IFM	Darly Mejía
6	Yelsi Pulecio	CC	1035837713	Envigado		X					X																—	3004081486	ICM	Yelsi P.
7	Nadia Rendon	CC	43111198	Envigado		X					X																—	3124532082	ICM	Nadia R.
8	Wilfredo Cadavid	CC	1017655765	Envigado	X						X																—	3113052344	IFH	Wilfredo C.
9	Maria Daniela	CC	1015066823	Envigado	X					X																	—	3003076800	IFH	Daniela
10	Margot Echeverri	CC	43150491	Envigado		X					X																—	3126671992	IFH	Margot E.
			TOTALES		2	8				3	7																				

El registro de sus datos personales en este formato autoriza a la Secretaría de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Rural para ser recolectados y almacenados para el cumplimiento de fines de nuestro objeto social y ser tratados conforme a los principios establecidos en la ley 1581 de 2012 y demás normas que la reglamenten, adicionen, actualicen o complementen. Consulte la política de tratamiento de datos en el siguiente link: https://www.bello.gov.co/normatividad/resolucion-2019060007887

Escaneado con CamScanner

ASISTENCIA A EVENTOS PROGRAMADOS CON COMUNIDAD Y COLECTIVOS
SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE, VIVIENDA Y DESARROLLO RURAL

06-DA 313

EVENTO PROGRAMA:

LUGAR:

FUNCIONARIO ENCARGADO:

DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE:

FECHA: DÍA | MES | AÑO

HORA INICIO:

HORA FINAL:

Nº	Nombre	Tipo de documento	IDENTIFICACIÓN	BARRIO VEREDA	SEXO: Masculino	SEXO: Femenino	RANGO DE EDAD: 0-5 años	6 - 11 años	12 - 17 años	18-26 años	27 - 64 años	65 o más	GRUPOS POBLACIONALES: Afrodescendiente	Negro	Árabe	Indígena	Mestizo	LGTBIQA	Otros	Habitante de calle	Desplazado/Víctima	Cabeza de familia	POBLACIÓN ESPECIAL: Voluntariado/Gestión	Desmovilizado	Discapacitado	Privado de la libertad	ENTIDAD EDILICIA, ADC, ORGANIZACIÓN DE LA QUE HACE PARTE (PEQUEÑA, MEDIANA, JAL, JAC, OTROS, CUÁL)	TELÉFONO FIJO O CELULAR	Correo Electrónico	FIRMA
1	Tatiana Alvarez	CC	1000637563	Envigado		X				X																	—	3142124831	TFH	
2	Camila Hernandez	CC	1000759013	Envigado		X				X																	—	3205838087	TFH	Camila HV
3	Blanca Duque	CC	41484323	Envigado		X						X											X				—	3206036660	TFH	Blanca Duque
4	Dafne Serman	TI	1007634177	Envigado		X		X																			—	3021213634	TFH	Dafne
5	Oscar Acevedo	CC	1231302506	Envigado	X						X																—	3002393803	TCH	Oscar Acevedo
6	Jofer Mora	CC	1000187913	Envigado	X						X																—	3135138676	TCM	Jofer Mora
7	Evelin Serman	CC	1035178177	Envigado		X				X																	—	3004241287	TFM	Evelin
8	Tatiana Rodriguez	CC	1007346138	Envigado		X				X																	—	3137540366	TCH	Duvan
9	Mariely Mosquera	CC	1233156684	Envigado		X				X																	—	3024802813	TCM	Mariely Mosquera
10	Keiman Mendez	CC	1037668491	Envigado		X				X																	—	3216304114	TCH	Keiman Mendez
			TOTALES		2	8		1		6	2	1											1								

El registro de estos datos personales en este formato, autoriza a la Secretaría de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Rural para ser recolectados y tratados para el cumplimiento de fines de nuestro objeto social y serán tratados conforme a los principios establecidos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o cumplimenten. Consulta la política de tratamiento de datos en el siguiente link: http://www.antioquia.gov.co/images/pdf/Vivienda/Actos-2019/0008383

Scanned with CamScanner

ASISTENCIA A EVENTOS PROGRAMADOS CON COMUNIDAD Y COLECTIVOS

SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE, VIVIENDA Y DESARROLLO RURAL

EVENTO EQUÍTICA:

LUGAR:

FUNCIONARIO(S) RESPONSABLE(S):

DIRECCIÓN SECCIÓN DE ADSCRIPCIÓN:

FECHA: DÍA | MES | AÑO

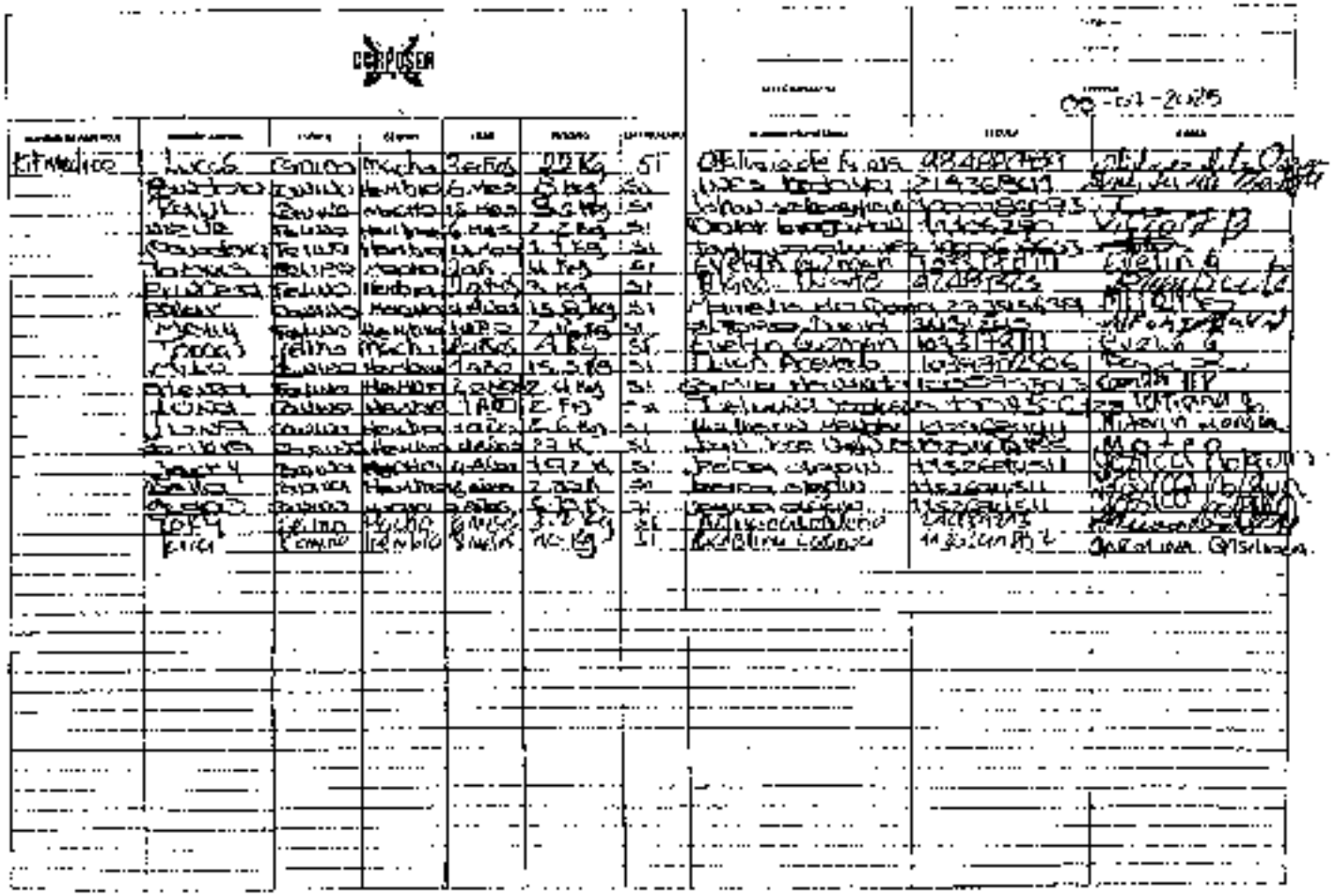
HORA INICIO:

HORA FINAL:

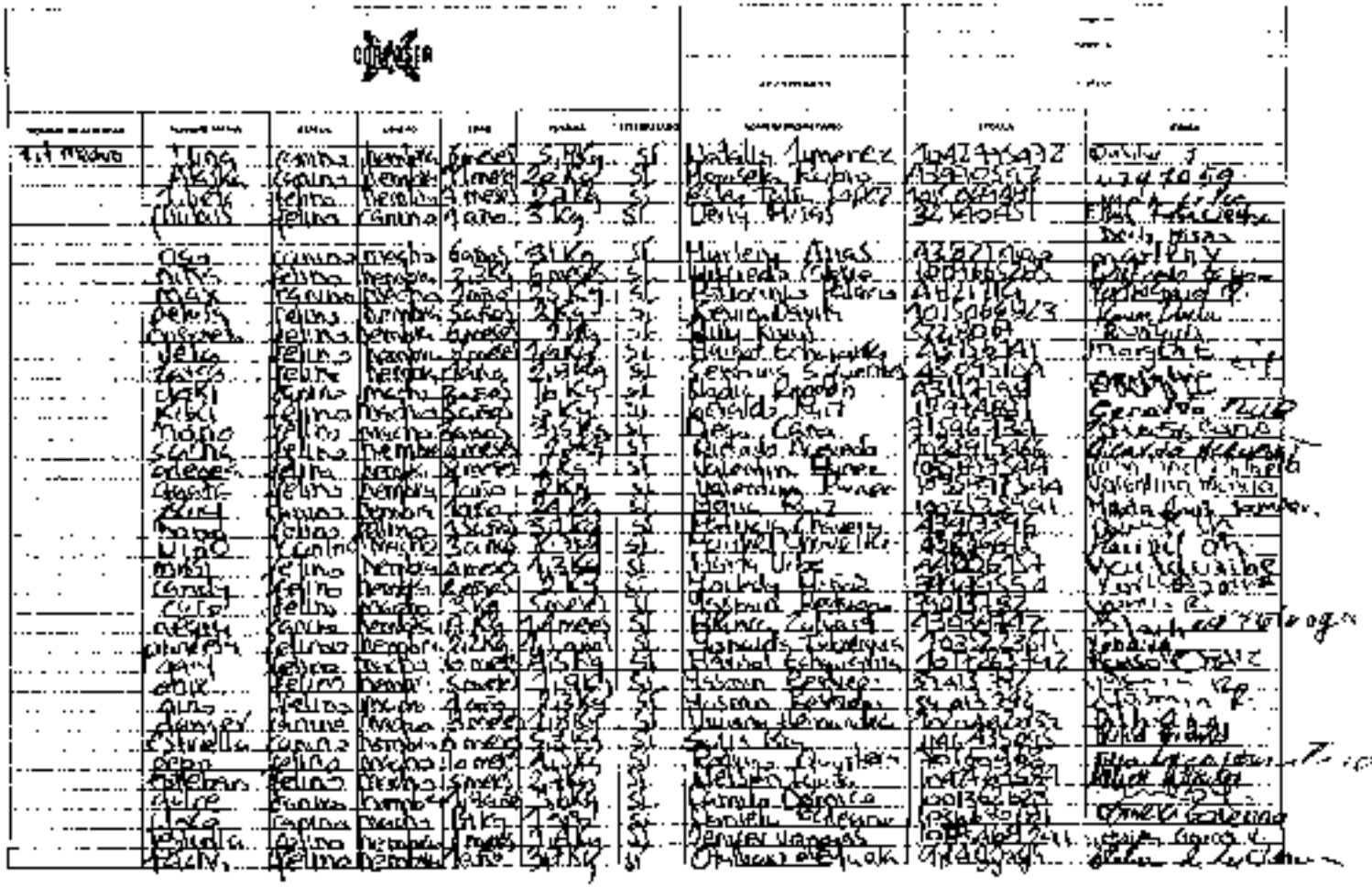
N°	Nombre	Tipo de documento	IDENTIFICACIÓN	BARRIO VEREDA	EDAD: Masculino	EDAD: Femenino	RANGO DE EDAD: 0-5 años	6 - 11 años	12 - 17 años	18-26 años	27 - 54 años	55 o más	GRUPOS POBLACIONALES: Afrocolombiano	Raizal	Rom	Indígena	Negritudes	LGTBIQ+	OTROS	Habitante de calle	Desplazado	POBLACIÓN ESPECIAL: Campesinado	Víctima del conflicto	Desmovilizado	Duplicado	Firma Cuidadano	ORGANIZACIÓN, ROL, GRUPO O SECTOR AL QUE PERTENECE (ESCRIBIR: Docente, Lid. Org., OPDS, JAC)	TELÉFONO FIJO CELULAR:	Correo Electrónico	FIRMA
1	Mateo Gómez	CC	1025222674	Granjas	X				X																		—	3129159259	10H	Mateo
2	Jessica Holguin	CC	1162641491	Granjas		X					X																—	3045817342	10M	Jessica H.
3	11	11	11	11	—																						—	11	10M	Jessica H.
4	11	11	11	11	—																						—	11	10H	Jessica H.
5	Yeison Cusuno	CC	1023642215	Granjas	X					X																	—	3006819404	10H	Jimeno
6	Carolina Casanova	CC	1130599821	Granjas		X					X																—	3202340011	10H	Carolina Casanova
7	Adriana Londoño	CC	24[24313	Granjas		X						X											X				—	3122630661	1FM	Adriana
8	11	11	11	11	—																						—	—	1FM	Adriana
9																														
10																														
			TOTALES		2	3			1	1	2	1											1							

El registro de sus datos personales en este formato, autoriza a la Secretaría de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Rural para su recolección y almacenamiento para el desarrollo de las funciones propias misionales y administrativas de la entidad, en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o complementen. Consulte la política de tratamiento de datos en el siguiente link: https://www.barbosa.gov.co/normatividad/resolucion-2045908481

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner



INFORME REPORTE CONSOLIDADO DE EVENTO CON LA COMUNIDAD

06-OK 111

Fecha (dd/mm/aaaa): 5-JUL-2025 Barrio: Granizal Dirección: Diego de Alegría

Tipo: (marque con 'X') JE [X] JB [ ] JAD [ ] JTR [ ] OTRO [ ] No. 4

Total pre-Inscritos: _____ Total convocados: 100 Total asistencia: 51

Instituciones, entidades corresponsables o participantes en el evento:
1. Orfover
2.
3.
4.
5.

Leyendas: JE: Jornada de Esterilización • JB: Jornada de Bienestar (Vacunación y Desparasitación)
• JAD: Jornada de Adopción • JTR: Jornada de Tenencia Responsable.

DETALLE POBLACIÓN BENEFICIADA

SEXO		RANGO DE EDAD					
M	F	0-5	6-11	12-17	18-26	27-54	55 +
14	39	0	1	1	14	26	9

M: Masculino ó Macho • F: Femenino ó Hembra

GRUPO POBLACIONAL						
Afro	Raizal	Rom	Ind	Migra	LGT	Otros
0	0	0	0	1	0	0

Leyendas: Ind: Indígena • LGT: LGTBIQ+

POBLACIÓN ESPECIAL

HC	Disc	Cabeza F.	Victima	Desplaz
0	0	8	0	0

Leyendas: HC: Habitante de Calle • Disc: Discapacitado • Cabeza F: Cabeza de Familia • Desplaz: Desplazado

DETALLE CANINOS Y FELINOS (SOLO PARA JB)

Caninos						Felinos					
M			H			M			H		
V	D	VD	V	D	VD	V	D	VD	V	D	VD
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Leyendas: V: Vacuna • D: Desparasitación • VD: Vacuna y Desparasitación

DETALLE CANINOS Y FELINOS ESTERILIZADOS EN JE

Caninos			Felinos			Total
M	H	SubTotal	M	H	SubTotal	
11	13	24	12	20	32	56

Leyendas: M: Macho • H: Hembra

No.	Ítem (Check-list)	Marque (con letra 'X') a NA	
		SI	NO
1	¿Cuenta con el registro fotográfico del evento o actividad?	X	
2	¿Tiene en su poder copia del certificado del # de esterilizaciones realizadas?	N/A	
3	¿Tiene en su poder copia del documento CONSOLIDADO?	X	
4	¿Tiene escaneada copia del documento DEVOLUCIONES?	N/A	
5	¿Tiene escaneado el REGISTRO del Área Metropolitana y de la SMAVDR?	N/A	

Leyendas: NA: No Aplica

Escaneado con CamScanner

INFORME REPORTE CONSOLIDADO DE EVENTO CON LA COMUNIDAD

OBSERVACIÓN(S)
(Indique que actividad, observación o cambio debió de mejorarse frente a la actividad o evento realizado)

Se atendieron fueron estudiantes, de ellos fueron 24 mujeres y 32 hombres.
En el registro de asistencia se observan 58 nombres pero 2 de ellos (Felipe Arcila) no fueron ser estudiados por inconsistencias ortográficas en los apellidos.

REGISTRO ASISTENCIA

No	Nombre(s) y apellido(s)	Firma	Fecha
1	Daniela Sanchez.	Daniela S	05/07/2025
2	Katherin Hernandez Martinez	Katherin Hernandez M.	5/07/2025
3	Yessica Sanchez	Yessica Sanchez	05/07/25
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

DATOS FUNCIONARIO RESPONSABLE

Nombres y apellidos	Fecha	Firma
Katherin Hernandez Martinez.	5/07/2025	Katherin Hernandez M.

Nota: La firma del funcionario encargado valida la asistencia y participación del personal de apoyo registrado

Escaneado con CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURARVET

Yo, María Ruth Duque, mayor de edad con No. de identidad 431174390, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrandome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Pantera, raza Criollo, edad 9 años, sexo hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones: gato con betas 9 meses macho

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raiz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantias absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos puedan conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podria requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir ficimente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

María Ruth Duque

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Karina Agudelo, mayor de edad con No. de identidad 1204732183 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota _____, raza Criolla, edad 12 meses, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos o incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que el no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Karina Agudelo

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Bryan Guerrero, mayor de edad con No. de identidad 1801934320 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarver y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Lola, raza Caniche edad 10 meses sexo Femenina, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

Bryan Guerrero

PROPIETARIO O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Maivee Tovar, mayor de edad con No. de identidad 26281830 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos medicos y/o quirurgicos que sean necesarios para mi mascota: Laika, raza Criolla, edad: 4 años sexo: F, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raiz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos medicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión sun de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantias absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o medicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podria requerir de la tranquilizarian, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperacion de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, asi como a realizar los cuidados postoperatorios/postbospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

Maivee Tovar
PROPIETARIO O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo. Flor Ciro / de _____, mayor de edad con No. de identidad 1086 9 4 2 2 2 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Paloma, raza Criollo edad 2, sexo hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones.

1. INFORMACION MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo, SANDRA ALCHORTUA, mayor de edad con No. de identidad 1059460414 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Celeste raza CHOILO, edad 4 AÑOS sexo hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

SANDRA ALCHORTUA
PROPIETARIO O RESPONSABLE

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Luz David Tibaduiza G., mayor de edad con No. de identidad 43 464 642 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Kira, raza Esterilización edad 1 año, sexo H, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que si no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo, Libia Henao H, mayor de edad con No. de identidad 43 257224, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Mich, raza Criolla edad 2 años, sexo embra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/Castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, las sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido o omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

Libia Henao H
PROPIETARIO O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo. Nana Ineida Moreno, mayor de edad con No de identidad 443.640.941 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Pitbull raza Esterilizar edad 2 Meses, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones: Pitbull

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

m a.

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Julio . Rojas, mayor de edad con No. de identidad 22792052 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirurgicos que sean necesarios para mi mascota Gata . raza Criolla edad _____, sexo Hembra . de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones.

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal: las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos puedo conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarian, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, \ elisabet Zabala Vasquez, mayor de edad con No. de identidad 21549551, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota MIXY, raza Criolla, edad 1 años, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones: Cosqueta

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal: las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos. por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

elisabet Zabala V.

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo. Claudia Patricia Bedoya Cano mayor de edad con No. de identidad 70256147269 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorizacion, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Hueso Gato. raza Velvet, edad 7 a, sexo Hembra. de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos. comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son. Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota. es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatomicas individuales. reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizados supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización. analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones. cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen

Claudia B.

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo. Juan Sebastian Quintero mayor de edad con No de identidad 1035960855 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Sacha raza Criollo edad 9 meses sexo Macho de quien soy su representante en este momento. Este consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionados se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Quintero López

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR-VET

Yo. Cielomarinado Paz, mayor de edad con No. de identidad 5097502e habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización. por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Kiara, CH; raza Criolla, edad 7 años, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones.

Macho, CH – Criollo.
Hembra, CH - Criollo

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos. comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota. es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales. reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico. pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos. diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado. para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota. incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban. así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Cielomarinado Paz

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURARVET

Yo, Ana María R S, mayor de edad con No. de identidad 21610 395 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Negrito, raza Criolla, edad 1año, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando este sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Ana María R S

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, María Gladys Munoz, mayor de edad con No. de identidad 2405 176 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Relampago raza Criollo, edad 13 meses, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se funda bajo las siguientes especificaciones: Negrete Criollo 13 meses Hembra

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conlleven. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

María Gladys Munoz

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR-VET

Yo, Paola Castrillon, mayor de edad con No. de identidad: 39135824, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Michi, raza Criollo, edad _____, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Paola

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Ruben serrano, mayor de edad con No. de identidad 0201902296 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrandome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota reki, scooby-Do leones, edad 6 meses 20 dias macho de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones.

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Ana Isabel Ruano Romero, mayor de edad con No. de identidad 1803-1967-00722, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Lupe, raza Criolla, edad 3, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Deisy Bedoya, mayor de edad con No. de identidad 1001509338, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Yogui Esquizoraza Criolla, edad 1 5 m, sexo Macho S, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se limita bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él: pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

Deisy Bedoya
PROPIETARIO O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo, Victoria ..., mayor de edad con No. de identidad 0301226 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Tigre, raza Criolla, edad 04 meses, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal. las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de lo salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión ser de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Victoria

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Jenny Vélez A. ___, mayor de edad con No. de identidad 1035220136 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Chispita raza Criolla, edad 12, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURARVET

Yo. DAVID SEVALLOS, mayor de edad con No. de identidad 1204002716, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota LUNA, raza CRIOLLA, edad 6 MESES, sexo HEMBRA, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones.

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Yesenia Sayuma, mayor de edad con No. de identidad 1155623 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Yatsu, raza Criollo edad ?, sexo Embarazada de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que pueda traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen

Yesenia Sayuma

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo, Jessica Blandon Bermudez, mayor de edad con No. de identidad 1037576454 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Micha, raza Criolla, edad 6 meses, sexo Hembra; de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguage claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de el pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Jessica Blandon Bermudez

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo, Juliana Palacio, mayor de edad con No. de identidad 1020764373 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Lola, raza Criolla, edad Siete, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conlleven. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados posoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Juliana Palacio

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo, Catalina Rueda, mayor de edad con No de identidad 1055868695 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarver y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con pleta capacidad legal de autorizacion, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Mocho, raza Criollo, edad 6 meses, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Catalina Rueda

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, _____, mayor de edad con No. de identidad _____ habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota _____ raza _____ edad _____, sexo _____, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/poshospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo. _____ mayor de edad con No. de identidad _____ habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que serán necesarios para mi mascota _____ raza _____, edad _____, sexo _____, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él puedan surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos o incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriben, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo, Mariano Cano, mayor de edad con No. de identidad 1148 1975047, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Negrita, raza Criolla, edad 1 año, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

Mariano Cano
PROPIETARIO O RESPONSABLE

CURARVET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo. Adriana Rodriguez, mayor de edad con No. de identidad 42.084.696 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Estrella, raza _____, edad 2 años, sexo Hembra de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido o omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéricas o de hábitos que se indiquen.

Adriana Rodriguez

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo. Andrea Estefania Lopez, mayor de edad con No de identidad 1152492474 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota: Nico, raza criolla, edad 1 m., sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1 INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2 RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3 ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4 OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

Andrea Lopez
PROPIETARIO O RESPONSABLE

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Olga Cecilia Pinta C., mayor de edad con No. de identidad 1-1242977957 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota León, raza Criolla, edad 2 años sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que si no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen

Olga Cecilia Pinta C.

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Consuelo Guisao, mayor de edad con No. de identidad 43112917 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Paquito, raza Criollo, edad 1 año, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones.

1. INFORMACIÓN MÉDICA. RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Todos procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Consuelo Guisao

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURARVET

Yo, Sandra Ceballos, mayor de edad con No de identidad 1128398615, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Wendy, raza Criolla edad 6 meses sexo Hembra de quien soy su representante en este momento. Este consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de el pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

Sandra Ceballos
PROPIETARIO O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo. Sileth Paya Bateo mayor de edad con No. de identidad 1017227861 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Mureco, raza Chiro, edad 2 años sexo embra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son. Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados posoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Sileth Paya

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CUIDAR-VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo. Nelcy Restrepo Ocampo, mayor de edad con No. de identidad 1037510394, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Cuidarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Mia, raza Criolla, edad 12 meses sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones.

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Nelcy Restrepo Ocampo

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CURAVET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, María Neifi Restrepo, mayor de edad con No. de identidad 43631322 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Guardian raza Criolla edad 3 años, sexo macho de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

Neifi Restrepo O.
PROPIETARIO O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Claudia Chavarría mayor de edad con No. de identidad 3292-2764 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Chapa, raza Criollo edad 9, sexo Hembra de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos o incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para la cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

Claudia Chavarría
PROPIETARIO O RESPONSABLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURARVET

Yo, [illegible], mayor de edad con No. de identidad [illegible] habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota [illegible], raza [illegible], edad [illegible], sexo [illegible], de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal: las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que si no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizantes, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo. Emilce Cardona, mayor de edad con No. de identidad 43 748 543 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Bruno, raza _____, edad 5, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raiz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas medicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirurgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podria requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Emilce Cardona

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo, _____, mayor de edad con No. de identidad _____ habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota _____ raza _____, edad _____, sexo _____, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones.

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos serán plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo, Daniel Perez Ospina, mayor de edad con No. de identidad 1012222 [illegible], habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Dana, raza pitbull, edad 5 MESES, sexo H, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que si no realizar exámenes pre quirurgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asume los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/postinspitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Daniel Perez Ospina

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo. Alejandra Aguirre Perez, mayor de edad con No. de identidad 1116929421, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Mono, raza Criollo, edad 6 meses sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas medicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Alejandro Aguirre Perez

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo. MONICA MONTOYA, mayor de edad con No. de identidad 1090400121 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota LUNA, raza MALCOLEY edad 4 AÑOS sexo HEMBRA, de quien soy su representante en este momento. Este consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal: las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y cuisinos, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

MONICA MONTOYA
1090400121

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Juan Sebastian Zabala, mayor de edad con No. de identidad 1016226317 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Canela, raza Pitbull, edad 2 años, sexo hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) medico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo, Yadira Quintero, mayor de edad con No. de identidad 713993 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curavet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota , raza _____, edad 9, sexo F, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones.

1. INFORMACION MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son. Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal, las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos. por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico. pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Yadira Quintero

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURAR VET

Yo. Nancy Montaño Castañeda, mayor de edad con No. de identidad 1090449421, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Becky, raza mestiza, edad 7 a, sexo mujer, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones.

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriben, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen

MÉDICO REPRESENTANTE

PROPIETARIO O RESPONSABLE

Nancy Montaño
1090449421

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Luz Vargas, mayor de edad con No. de identidad 1032358495 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirurgicos que sean necesarios para mi mascota Las Vargas, raza Gato, edad 11, sexo Femenino de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/Castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raiz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que: si no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Luz Vargas

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURARVET

Yo, Cristina Alberto Quiroz Vargas, mayor de edad con No. de identidad 1085265335 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Nandita, raza Mestizo, edad 11 Meses, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que puedan surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como: curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Cristina Quiroz

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Cristian Alberto Quiroz Vargas, mayor de edad con No. de identidad [illegible] habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Dayton, raza mestizo, edad 11 meses, sexo Hembra de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; la posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriben, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Cristian Quiroz

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURARVET

Yo, Cristian Alberto Ruiz Vargas, mayor de edad con No. de identidad 1758[illegible]5, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Luna, raza Mestiza, edad 11 meses, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Cristian Ruiz

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Cristian Mauricio Quiroz Vargas, mayor de edad con No. de identidad 1095820825 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarver y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Yoyo, raza Mestizo, edad 11 Meses, sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Cristian Quiroz

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Cristian Alberto Duran Vargas. mayor de edad con No. de identidad 1205120385 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Leopoldo, raza Mestizo, edad 6 meses sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES. ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento medico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE. ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Cristian Duran

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CURAR VET

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, Cristian Alberto Ortiz Vargas, mayor de edad con No. de identidad 1050021135 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Jack, raza Mestizo, edad 1 año 2 meses sexo Macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (la) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Cristian Ortiz

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURARVET

Yo, Alex Bolaños, mayor de edad con No. de identidad 3211977, habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Pastor Aleman raza _____, edad 3 años, sexo Hembra, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión sea de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones, SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA: ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilizarían, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Alex Bolaños

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

CURARVET

Yo. Soreni Zapata Castañeda mayor de edad con No. de identidad 1038332201 habiendo solicitado por mi voluntad los servicios veterinarios de Curarvet y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota Peluche, raza Angora, edad 6 meses, sexo macho, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1 INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son: Esterilización/castración.

2 RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones especificos que pueden surgir a raiz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el matanciento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidad de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se puede minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPRENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones. SOY RESPONSABLE y entiendo que al no realizar exámenes pre quirúrgicos pueden conllevar a un riesgo mayor.

3. ANESTESIA. ACEPTO Y COMPRENDO tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podria requerir de la tranquilizarian, analgesia o anestesia general de mi mascota y asumo los riesgos que puede traer esta.

4. OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalizacion tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

Soreni Zapata Castañeda.

MÉDICO REPRESENTANTE **PROPIETARIO O RESPONSABLE**