

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 1 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Paula Paz

Dirección: la Paz Teléfono: 3118884109 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Negra Especie: C Raza: criollo

Sexo: H Edad: 18m Color: Negro Peso: 20 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguna

Temperatura: 38.4 FC: 114 FR: 22 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 2.0 ml.

Xilacina 1.0 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 2.0 ml.

Propofol 1.0 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11 - 02 - 26

FICHA N°: 1

NOMBRE DE LA MASCOTA: Negro ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Paula Paz identificado con C.C. No: 1075663920
De Zipaguiru, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075663920

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 2 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Paulo Paz

Dirección: La Paz Teléfono: 3118884109 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Horocha Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 18 m Color: Negro Peso: 3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 142 FR: 27 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml. Xilacina — ml.

Ketamina — ml. Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml. Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 2

NOMBRE DE LA MASCOTA: Morocha ESPECIE: CANINA FELINA X

Yo, Paula Ruz identificado con C.C. No: 1075663920
De Zipagura, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075663920

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Fr. T.P 06408



Ficha No. 3 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Jose Caro

Dirección: La Granja Teléfono: 3123331894 Estrato: 1

Nombre de la mascota: La Nave Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 2A Color: Bicolor Peso: 31.7 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 114 FR: 28 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 3.2 ml.

Xilacina 1.4 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 3.0 ml.

Propofol 1.4 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11. 02. 26

FICHA N°: 3

NOMBRE DE LA MASCOTA: La Nube ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, JOSE CARO identificado con C.C. No: 79384683
De Bogota, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Jose E Caro
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 79384683

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 4 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario María Lozada

Dirección: Vd la Granja Teléfono: 3505249128 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Zeus Especie: C Raza: Criollo

Sexo: M Edad: 18m Color: 18m Peso: 72 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 114 FR: 27 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> . III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 2.2 ml.

Xilacina 1.0 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 2.0 ml.

Propofol 1.0 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____
Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 4

NOMBRE DE LA MASCOTA: Zeus ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Maria Lozada identificado con C.C. No: 1003826802
De Zipaquirá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Maria Lozada
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1003826802

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 5 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Lusby Angorita

Dirección: La Granja Teléfono: 3202899394 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Maya Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 4m Color: Tricolor Peso: 1.8 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 142 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NOX</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NOX</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NOX</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>II. III. IV. V. VI. E.</u>	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.2 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

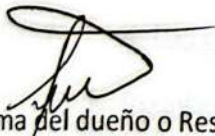
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 5

NOMBRE DE LA MASCOTA: Haya ESPECIE: CANINA FELINA X

Yo, Lusby Anqarita identificado con C.C. No: 35411575
De Zipquirá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35411575

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P. 06408



Ficha No. 6 Fecha 11-02-26 Veterinario _____
 Nombre del propietario Leidy Lombardo
 Dirección: San Miguel Teléfono: 322 435 3104 Estrato: 1
 Nombre de la mascota: Mono Especie: F Raza: criollo
 Sexo: M Edad: 5m Color: Amarillo Peso: 2.8 Kg
 Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Síntomatología: _____

Temperatura: 38.3 FC: 144 FR: 20 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA ① II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 6

NOMBRE DE LA MASCOTA: Mono ESPECIE: CANINA _____ FELINA X

Yo, Leidy Zambrano identificado con C.C. No: 35426935
De Zipuquirá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Leidy Zambrano

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35426935

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 7 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Leidy Zambano

Dirección: San Miguel Teléfono: 322 435 51 04 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Arauko Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 1A Color: Blanco Peso: 7.2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 112 FR: 27 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.7 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.5 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 7

NOMBRE DE LA MASCOTA: Aruska ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Leidy Zambrano identificado con C.C. No: 35426935
De Ziraguira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Leidy Zambrano

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35426935

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 8 Fecha 11-2-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ledy Lombardo

Dirección: San Miguel Teléfono: 3724355104 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Uni Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 1a Color: Bicolor Peso: 1.8 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguna

Temperatura: 38.6 FC: 140 FR: 23 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.2 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguna

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____ Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 8

NOMBRE DE LA MASCOTA: Uni ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Ledy Zambrano identificado con C.C. No: 35426935
De Ziraguira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Ledy Zambrano

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35426935

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 9 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Raul Roca

Dirección: San Miguel Teléfono: 3224355104 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Chimela Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 9m Color: Negro Peso: 3.1 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 146 FR: 20 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>1</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml. Xilacina - ml.

Ketamina - ml. Ketamina - ml.

Propofol 0.2 ml. Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 9

NOMBRE DE LA MASCOTA: Chimuela ESPECIE: CANINA FELINA 4

Yo, Paula Puel identificado con C.C. No: 1075663920
De Ziraguira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075663920

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 10 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Kevin Beltrán

Dirección: La Granja Teléfono: 3134182221 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Potitos Especie: F Raza: Criollo

Sexo: M Edad: 8m Color: Negro Peso: 3.2 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 146 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>0</u> . II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 10

NOMBRE DE LA MASCOTA: Patitas ESPECIE: CANINA FELINA X

Yo, Kevin Beltrán identificado con C.C. No: 1007662257
De La Palma, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Kevin Beltrán
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1007662257

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 11 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Jennifer Giraldo

Dirección: San Miguel Teléfono: 3135032231 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Simon Especie: C Raza: Criollo

Sexo: M Edad: 5m Color: Bicolor Peso: 7.8 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 114 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.8 ml.

Xilacina 0.3 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.6 ml.

Propofol 0.3 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 11

NOMBRE DE LA MASCOTA: Simón ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Jennifer Giraldo identificado con C.C. No: 1.036.224.780
De Puerto Triunfo, Antioquia en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Jennifer Giraldo
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1.036.224.780

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 12 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Omar Zambrano

Dirección: San Miguel Teléfono: 3124610584 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Michi Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 2A Color: Bicolor Peso: 3.4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.8 FC: 148 FR: 24 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>II. III. IV. V. VI. E.</u>	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.3 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11.02.26

FICHA N°: 12

NOMBRE DE LA MASCOTA: Hichi ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Omar Zambrano identificado con C.C. No: 80547861
De Ziriguira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 80547861

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 13 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Omar Zambrano

Dirección: San Miguel Teléfono: 3124610584 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Luna Especie: F Raza: Crotillo

Sexo: H Edad: 4m Color: Bicolor Peso: 3.4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 143 FR: 21 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> . III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preadnestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml. Xilacina - ml.

Ketamina - ml. Ketamina - ml.

Propofol 0.3 ml. Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____ Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 13

NOMBRE DE LA MASCOTA: Luna ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Omar Zambrano identificado con C.C. No: 80 547 861
De Zipuquirá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 80 547 861

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 14 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Carmen Rodriguez

Dirección: Barandillos Teléfono: 3023618234 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Guacha Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 18m Color: Pardo Peso: 4.4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.0 FC: 148 FR: 23 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.5 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.4 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

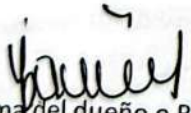
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 14

NOMBRE DE LA MASCOTA: Guano ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Carmen Rodríguez identificado con C.C. No: 35471631
De Zipacura, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35411631



FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 15 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Lireth Navoa

Dirección: Barandillas Teléfono: 315 2830868 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Paguita Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 4 A Color: Bicolor Peso 3.2 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 143 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

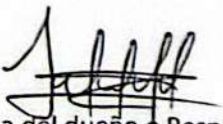
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11 - 02 - 26

FICHA N°: 15

NOMBRE DE LA MASCOTA: Paquita ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Lizeth Novoa identificado con C.C. No: 1049637892
De Tunja, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1049637892

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura
TP.22926



Ficha No. 16 Fecha 11-02-2026 Veterinario _____

Nombre del propietario Luis Martinez

Dirección: Barandillas Teléfono: 3144853528 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Sacha Especie: C Raza: Labrador

Sexo: H Edad: 7m Color: Amarillo Peso: 36.4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 114 FR: 24 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>D</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: _____ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 3.7 ml.

Xilacina 1.6 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 3.4 ml.

Propofol 1.6 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 16

NOMBRE DE LA MASCOTA: Sacha ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Luis Martinez identificado con C.C. No: 1137526435
De Tocancipa, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Luis Martinez

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1137.526.435

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan
T.P 22925



Ficha No. 17 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Denise Rincon

Dirección: San Miguel Teléfono: 31335727 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Dala Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 7m Color: Negro Peso: 2.6 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 146 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0 II. III. IV. V. VI. E.</u>	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 17

NOMBRE DE LA MASCOTA: Nala ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Denise Pincon identificado con C.C. No: 1075662978
De Ziraguira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075662978

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 18 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Denise Rincon

Dirección: San Miguel Teléfono: 3133135727 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Hiel Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 5m Color: Amarillo Peso: 9.6 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 113 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> . III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.0 ml.

Xilacina 0.4 ml.

Ketamina _____ ml.

Ketamina _____ ml.

Propofol 1.0 ml.

Propofol 0.4 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____ Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 18

NOMBRE DE LA MASCOTA: Miel ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Denise Rincon identificado con C.C. No: 1075662978
De Ziraguira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075662978,

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 19 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fabiolo Romero

Dirección: San Miguel Teléfono: 3143342482 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Lucas Especie: F Raza: criollo

Sexo: M Edad: 4m Color: Bicolor Peso: 2.9 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 142 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 19

NOMBRE DE LA MASCOTA: Lucas ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Fabida Ramirez identificado con C.C. No: 35413473
De Zipagura, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35413473 / Zipagura

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 20 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Martha Mayorga

Dirección: San Miguel Teléfono: 3127519814 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Lulu Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 11 m Color: Bicolor Peso: 8 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.8 FC: 114 FR: 22 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.8 ml.

Xilacina 0.3 ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.6 ml.

Propofol 0.3 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
Médico Veterinario Cirujano: T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 20

NOMBRE DE LA MASCOTA: Lulu ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Martha Mayorga identificado con C.C. No: 46370167
De Sogamoso, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Martha Mayorga
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 46370167

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 21 Fecha 11-07-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Jose Diaz

Dirección: San Miguel Teléfono: 3214274373 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Oliver Especie: F Raza: criollo

Sexo: M Edad: 5m Color: Gris Peso: 4.3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 145 FR: 27 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.3 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 21

NOMBRE DE LA MASCOTA: Oliver ESPECIE: CANINA _____ FELINA X

Yo, Jose Diaz identificado con C.C. No: 3032110
De Gacheta, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Jose Quiñá Vica
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 3032110

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 22 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Martha Romero

Dirección: San Miguel Teléfono: 3138680086 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Odie Especie: C Raza: Criollo

Sexo: M Edad: 8 m Color: Bicolor Peso: 14.7 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 112 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: _____ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.5 ml.

Xilacina 0.5 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1.2 ml.

Propofol 0.5 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11. 02. 26

FICHA N°: 22

NOMBRE DE LA MASCOTA: Oddie ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Martha Romero identificado con C.C. No: 52014018
De Bogotá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Martha F. Romero
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 52014018

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 23 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Leidy Zambreno

Dirección: San Miguel Teléfono: 372 4355104 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Conela Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 1A Color: Amarillo Peso: 6 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 111 FR: 25 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>DI</u> . III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.6 ml.

Xilacina 0.2 ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.5 ml.

Propofol 0.2 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 23

NOMBRE DE LA MASCOTA: Canda ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Leidy Zambano identificado con C.C. No: 35426935
De Zipuquirá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Leidy Zambano

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35426935.

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 24 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Alino Martinez

Dirección: San Miguel Teléfono: 3155828137 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Garay Especie: Felino Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 8 m Color: Tricolor Peso: 2.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.9 FC: 141 FR: 27 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0 II. III. IV. V. VI. E.</u>	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 24

NOMBRE DE LA MASCOTA: Garay ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Alirio Martinez identificado con C.C. No: 80409601
De Bogotá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Alirio Martinez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 80409601

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926Ficha No. 25 Fecha 11-02-26 Veterinario _____Nombre del propietario Ginno RinconDirección: Prados del Mirador Teléfono: 322 910 4963 Estrato: 1Nombre de la mascota: Princesa Especie: F Raza: CriolloSexo: H Edad: 8m Color: Bicolor Peso: 4.3 kgAnamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.Sintomatología: NingunoTemperatura: 38.2 FC: 146 FR: 21 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml.Xilacina - ml.Ketamina - ml.Ketamina - ml.Propofol 0.3 ml.Propofol - ml.Hallazgos anormales NingunoOtros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%Observaciones: NingunoRecomendaciones: Uso contante de collar isabelinoPost-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotasFecha de control: Puntos absorbiblesDra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 25

NOMBRE DE LA MASCOTA: Pincoya ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Yinna Rincon identificado con C.C. No: 1076738250
De Ziraguá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Yinna Rincon

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1076738250

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 26 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ginna Rincon

Dirección: Prodos del Mindor Teléfono: 372910 4963 Estrato: _____

Nombre de la mascota: Alaska Especie: C Raza: criollo

Sexo: H Edad: 3A Color: Bicolor Peso: 21.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 116 FR: 21 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 2-2 ml.

Xilacina 1-0 ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 2-0 ml.

Propofol 1-0 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
TP 22925

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 26

NOMBRE DE LA MASCOTA: Alaska ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Yinna Rincon identificado con C.C. No: 1076738250
De Ziraguira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Yinna Rincon
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1076738250

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 27 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ginna Rincon

Dirección: Prados Del Mirador Teléfono: 3229104963 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Balu Especie: F Raza: criollo

Sexo: M Edad: 8m Color: Bicolor Peso: 4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 148 FR: 26 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.3 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 27

NOMBRE DE LA MASCOTA: Balu ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Yinna Rincon identificado con C.C. No: 1076738250
De Ziraguera, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Yinna Rincon
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1076738250

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 28 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Maria Montañez

Dirección: San Miguel Teléfono: 3 — Estrato: 3

Nombre de la mascota: Wlu Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 4m Color: Tricolor Peso: 1.8 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 141 FR: 23 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.2 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0.5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 28

NOMBRE DE LA MASCOTA: Lulu ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Maria Montañez identificado con C.C. No: 20423295
De Cajica, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Maria Montañez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 20423295

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 29 Fecha 11-07-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Adriana Espinosa

Dirección: Parcelas Teléfono: 320 3682824 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Luno Especie: F Raza: Criollo dog

Sexo: H Edad: 4m Color: Bicolor Peso: 4.2 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 140 FR: 24 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> . III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.4 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-2026

FICHA N°: 29

NOMBRE DE LA MASCOTA: Luna ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Adriana Espinosa identificado con C.C. No: 35422775
De Ziraguá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Adriana Espinosa
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35422775

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 30 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Esteban Sandoval

Dirección: San Miguel Teléfono: 3212662830 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Napoleon Especie: F Raza: criollo

Sexo: M Edad: 3m Color: Bicolor Peso: 2.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguna

Temperatura: 38.3 FC: 141 FR: 26 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguna</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.3 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguna

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0.5%

Observaciones: Ninguna

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 30

NOMBRE DE LA MASCOTA: Napoleon ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Esteban Sandoval identificado con C.C. No: 1076243857
De Zipaguir, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Esteban S.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1076243857



FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 31 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Andrea Enrique

Dirección: San Miguel Teléfono: 301268203 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Chimuelo Especie: F Raza: criollo

Sexo: M Edad: 1A Color: Negro Peso: 2.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguna

Temperatura: 38.7 FC: 142 FR: 26 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguna</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguna

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguna

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 31

NOMBRE DE LA MASCOTA: Chimuelo ESPECIE: CANINA _____ FELINA X°

Yo, Andrea Enríque identificado con C.C. No: 1072648009

De Nemocón, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1072648009.

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 32 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Andrea Enrique

Dirección: San Miguel Teléfono: 3011268203 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Brownie Especie: F Raza: crillo

Sexo: H Edad: 1A Color: Tritolor Peso: 2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguna

Temperatura: 38.1 FC: 140 FR: 23 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguna</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.2 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguna

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguna

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 32

NOMBRE DE LA MASCOTA: Brownie ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Andrea Enrique identificado con C.C. No: 1072648009
De Nemoca, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1072648009.

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P. 06408



Ficha No. 33 Fecha 11-07-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Paola Velasquez

Dirección: Barandillas Teléfono: 3125661855 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Pelusa Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 18m Color: Bicolor Peso: 4.8 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 141 FR: 27 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>II, III, IV, V, VI, E.</u>	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.5 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.5 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 33

NOMBRE DE LA MASCOTA: Pelusa ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Paola Velasquez identificado con C.C. No: 1075658116
De Ziraguira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Paola Velasquez

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075658116

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. La.
TP.22926



Ficha No. 34 Fecha 11-02-26 Veterinario _____
 Nombre del propietario Paola Velasquez
 Dirección: Barandillas Teléfono: 312 566 1855 Estrato: 2
 Nombre de la mascota: Morita Especie: C Raza: criollo
 Sexo: H Edad: 8m Color: Cafe Peso: 15.6 kg
 Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 115 FR: 27 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> . III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.6 ml.

Xilacina 0.6 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1.4 ml.

Propofol 0.6 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Cirujano:

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 34

NOMBRE DE LA MASCOTA: Horita ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Paola Velasquez identificado con C.C. No: 1075658116
De Zipaguir, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Paola Velasquez

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075658116

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 35 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Cristina Avila

Dirección: Barandillas Teléfono: 3113113648 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Simba Especie: F Raza: Criollo

Sexo: M Edad: 10 m Color: Bicolor Peso: 2.1 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 144 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.2 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 35

NOMBRE DE LA MASCOTA: Simba ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Cristina Avila identificado con C.C. No: 35 420 010
De Ziraguira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Cristina Avila e.
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35420010 Ziraguira

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Frá...
T.P 06408



Ficha No. 36 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Cristina Avila

Dirección: Bamandillos Teléfono: 3115113648 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Silvestre Especie: F Raza: criollo

Sexo: M Edad: 10m Color: Bicolor Peso: 2.4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguna

Temperatura: 38.3 FC: 146 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguna</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml. Xilacina - ml.

Ketamina - ml. Ketamina - ml.

Propofol 0.3 ml. Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguna

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0.5%

Observaciones: Ninguna

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 36

NOMBRE DE LA MASCOTA: Silvestre ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Cristina Ayala identificado con C.C. No: 35420010
De Ziraguá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Cristina Ayala
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35420010 Ziraguá

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No 37 Fecha 11-02-20 Veterinario _____

Nombre del propietario Elizabeth Peña

Dirección: San Miguel Teléfono: 3222387789 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Mia Especie: C Raza: criollo

Sexo: H Edad: 1A Color: Berger Peso: 2.8 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguna

Temperatura: 38.7 FC: 116 FR: 27 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguna</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>II, III, IV, V, VI, E.</u>	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguna

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0.5%

Observaciones: Ninguna

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 37

NOMBRE DE LA MASCOTA: Mia ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Elizabeth Peña identificado con C.C. No: 1074415419
De Gacheta, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Elizabeth Peña

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1074415419

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925



Ficha No. 38 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Leidy Cuchumbe

Dirección: San Miguel Teléfono: 3116710888 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Luna Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 4m Color: Negro Peso: 1.3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 140 FR: 20 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NOX</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NOX</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> . III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.1 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.1 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 38

NOMBRE DE LA MASCOTA: Luna ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Leidy Cuchumbe identificado con C.C. No: 1081419102
De La Plata Huila, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Leidy Totony Cuchumbe
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1081419102

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P. 06408



Ficha No. 39 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Hileno Arias

Dirección: San Miguel Teléfono: 3174173426 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Nala Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 1 AÑO Color: Bicolas Peso: 2.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguna

Temperatura: 38.7 FC: 142 FR: 24 TLLC: _____

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0.5%

Observaciones: Ninguna

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11/02/20

FICHA N°: 39

NOMBRE DE LA MASCOTA: Nola ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Mileno Arias identificado con C.C. No: 35426318
De Zipaquirá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 35426318

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 40 Fecha 11-07-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Bulls

Dirección: San Jorge Teléfono: 304 422575 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Coffee Especie: C Raza: Pitbull

Sexo: H Edad: 2A Color: Barcino Peso: 22 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguna

Temperatura: 38.2 FC: 112 FR: 24 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguna</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 2.2 ml.

Xilacina 1.0 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 2.0 ml.

Propofol 1.0 ml.

Hallazgos anormales Ninguna

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguna

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 40

NOMBRE DE LA MASCOTA: Coffe ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Fundación Bulls identificado con C.C. No: 900965802-7
De , en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Ximena Borray
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075687845

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 41 Fecha 11-02-20 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Bolls

Dirección: San Jorge Teléfono: 3044222575 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Lulu Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 2A Color: Pardo Peso: 2 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguna

Temperatura: 38.0 FC: 141 FR: 23 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.2 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguna

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 41

NOMBRE DE LA MASCOTA: Lulu ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Fundación Bulls identificado con C.C. No: 90065802-7
De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Ximena Bontal
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075681845

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco
T.P. 06408



Ficha No. 42 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Bulls

Dirección: San Jorge Teléfono: 3047222575 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Manchas Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 3A Color: Pardo Peso: 3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguna

Temperatura: 38.1 FC: 141 FR: 26 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☒ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguna</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>01. III. IV. V. VI. E.</u>	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguna

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguna

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11 / 02 / 26

FICHA N°: 42

NOMBRE DE LA MASCOTA: Manchas ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Fundación Bulls identificado con C.C. No: 900965802-7

De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.

Ximena Borro

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075681845

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 43 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Bulls

Dirección: San Jorge Teléfono: 304 422 2575 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Chiqui Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 4m Color: Pardo Peso: 1.1 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguna

Temperatura: 38.2 FC: 144 FR: 27 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguna</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.1 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.1 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguna

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguna

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 43

NOMBRE DE LA MASCOTA: Chitqui ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Fundación Bulls identificado con C.C. No: 900965802-7

De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.

Ximena Bollo
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075681645

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 44 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Bulls

Dirección: San Jorge Teléfono: 3044222575 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Pitufu Especie: C Raza: criollo

Sexo: M Edad: 2A Color: Cafe Peso: 18 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 114 FR: 24 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> <u>X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> <u>X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> <u>X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.8 ml.

Xilacina 0.8 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1.5 ml.

Propofol 0.6 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera

T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 44

NOMBRE DE LA MASCOTA: Pitufu ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Fundación Bulls identificado con C.C. No: 900965807-7
De , en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Ximena Bollay
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 7075681845

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 45 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Bolls

Dirección: San Jorge Teléfono: 3044227575 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Negrito Especie: C Raza: criollo

Sexo: H Edad: 3 A Color: Negro Peso: 72 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 114 FR: 26 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.2 ml. Xilacina 0.5 ml.

Ketamina - ml. Ketamina - ml.

Propofol 1.0 ml. Propofol 0.5 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza

T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 45

NOMBRE DE LA MASCOTA: Negrita ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Fundación Bulls identificado con C.C. No: 900965802-7
De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Ximena Borrero
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1075681245

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 46 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Bulls

Dirección: San Jorge Teléfono: 3044222575 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Motos Especie: C Raza: criollo

Sexo: M Edad: 1a Color: Blanco Peso: 10 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguna

Temperatura: 38.2 FC: 111 FR: 26 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguna</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.0 ml.

Xilacina 0.4 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1.0 ml.

Propofol 0.4 ml.

Hallazgos anormales Ninguna

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguna

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____ Dr. Juan G. Herrera

T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 46

NOMBRE DE LA MASCOTA: Motas ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Fundación Bull identificado con C.C. No: 900965802-7

De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.

Cludia Botay
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 7025681645

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 47 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Bulls

Dirección: San Jorge Teléfono: 3044227575 Estrato: _____

Nombre de la mascota: Pablo Especie: C Raza: Pitbull

Sexo: M Edad: 4 A Color: Negro Peso: 26 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguna

Temperatura: 38.2 FC: 112 FR: 27 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguna</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> . III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 2-6 ml. Xilacina 1.1 ml.

Ketamina - ml. Ketamina _____ ml.

Propofol 2.2 ml. Propofol 1.1 ml.

Hallazgos anormales Ninguna

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meoxicam 0,5%

Observaciones: Ninguna

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____ Dra. Laura Abaunza

TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 48 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Bulls

Dirección: San Jorge Teléfono: 304422535 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Manchitas Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 9m Color: Cafe Peso: 11 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 116 FR: 25 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: Y NO: _____

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.1 ml.

Xilacina 0.4 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1.0 ml.

Propofol 0.4 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____ Dr. Francisco Daza

T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 48

NOMBRE DE LA MASCOTA: Manchitas ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Fundación Bulls identificado con C.C. No: 900965802-7

Ximena Bonay
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 7075681845

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 49 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Bulls

Dirección: San Jorge Teléfono: 3044222575 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Brownie Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 2A Color: Cafe Peso: 10 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 114 FR: 28 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> . III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.0 ml.

Xilacina 0.4 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1.0 ml.

Propofol 0.4 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza

TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 49

NOMBRE DE LA MASCOTA: Brownie ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Fundación Bulls identificado con C.C. No: 900965802-7

De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.

Ximena Bomey

Firma del dueño o Responsable

C.C. No.

7075681845

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 50 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Bull's

Dirección: San Jorge Teléfono: 304 422 2575 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Lola Especie: C Raza: criollo

Sexo: H Edad: 2A Color: Cafe Peso: 11 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 113 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.1 ml.

Xilacina 0.4 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1.0 ml.

Propofol 0.4 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____ Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11/02-26

FICHA N°: 50

NOMBRE DE LA MASCOTA: Lola ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Fundación Bulls identificado con C.C. No: 900965802-7
De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Xi menq Borray H.
1075681845

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075681845

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 51 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Blanca Moreno

Dirección: Santa Isabel Teléfono: 3725319547 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Romeo Especie: F Raza: criollo

Sexo: M Edad: 4m Color: Bicolor Peso: 2-4 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.0 FC: 146 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.3 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0.5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

Veterinario

torero

Teléfono: 3225319547 Estrato: 4

Especie: F Raza: Criollo

Color: Bicolor Peso: 2.4 Kg

JENO.

2 TLLC 2

APARENTE MALTRATO SI NO ☒

ECTADO (S):

NO:

imiento

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 52 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Blanca Moreno

Dirección: Santa Isabel Teléfono: 372 531 9547 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Simba Especie: F Raza: criollo

Sexo: M Edad: 4m Color: Bicolor Peso: 2.3kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.8 FC: 141 FR: 23 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	
CLASIFICACIÓN ASA ① II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.2 ml. Xilacina — ml.

Ketamina — ml. Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml. Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____ Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

ADO PARA INTER- ESTERILIZACIÓN

FICHA N°: 52

imba ESPECIE: CANINA _____ FELINA x°

_____ identificado con C.C. No: 35 415 643

_____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, lización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos sabiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía

le

3

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 53 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Jonathan Sarmiento

Dirección: Bolívar Teléfono: 3147122974 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Zelda Especie: E Raza: Crolo

Sexo: H Edad: 8m Color: Amarillo Peso: 4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguna

Temperatura: 38.6 FC: 111 FR: 27 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.3 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguna

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 53

NOMBRE DE LA MASCOTA: Zelda ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Jonathan Samiento identificado con C.C. No: 1075651017
De Zapagor, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075651017

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 54 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Nombre del propietario Jonatha Sarmiento

Dirección: Bolivar Teléfono: 3147122974 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Burton Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 6 m Color: Amarillo Peso: 7.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguna

Temperatura: 38.2 FC: 114 FR: 22 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.8 ml. Xilacina 0.3 ml.

Ketamina - ml. Ketamina - ml.

Propofol 0.5 ml. Propofol 0.3 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguna

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 54

NOMBRE DE LA MASCOTA: Burbon ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Jonathan Sarmiento identificado con C.C. No: 107569017
De Zipagura, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 107569017

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 02. 11. 20

FICHA N°: 55

NOMBRE DE LA MASCOTA: Sara ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Milena Cortez identificado con C.C. No: 1075667167
De Ziraguira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Ana Milena C G
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075667167

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 56 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Nombre del propietario Yory Flores

Dirección: Barandillas Teléfono: 3133315049 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Samby Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 2 A Color: Tricolor Peso: 3.9 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.9 FC: 140 FR: 25 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml. Xilacina - ml.

Ketamina - ml. Ketamina - ml.

Propofol 0.4 ml. Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 02-11-20

FICHA N°: 56

NOMBRE DE LA MASCOTA: Sambu ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Yury Floier identificado con C.C. No: 5259392
De Bogotá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 5259392

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 57 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Nombre del propietario Jorge Mendoza

Dirección: San Miguel Teléfono: 311 840 46 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Luna Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 2A Color: Bitolor Peso: 4.8 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 146 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0</u> I. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.5 ml. Xilacina - ml.

Ketamina - ml. Ketamina - ml.

Propofol 0.4 ml. Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza

T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 02-11-20

FICHA N°: 57

NOMBRE DE LA MASCOTA: Luna ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Jorge Mendoza identificado con C.C. No: 84091867
De Rio hacha, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Jorge Mendoza
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 84.091867

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 58 Fecha 11-02-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Nombre del propietario Blanca Figueiredo

Dirección: San Miguel Teléfono: 3134137737 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Peluso Especie: F Raza: criollo

Sexo: M Edad: 3 A Color: Bicolor Peso: 4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 142 FR: 24 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>Cl. III, IV, V, VI, E.</u>	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.3 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 02-11-26

FICHA N°: 58

NOMBRE DE LA MASCOTA: Peluso ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Blanca Figueroa identificado con C.C. No: 25127201
De Samara Calderon, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Blanca Figueroa
Firma del dueño o Responsable

C.C. No.

25-127201

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 59 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
I.P 22925

Nombre del propietario Diana Aguirre

Dirección: San Miguel Teléfono: 3212466951 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Mona Especie: C Raza: criollo

Sexo: H Edad: 8m Color: Berge Peso: 22 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 111 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 2.2 ml.

Xilacina 1.0 ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 2.0 ml.

Propofol 1.0 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
I.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 59

NOMBRE DE LA MASCOTA: Hona ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Diana Aguirre identificado con C.C. No: 1075667232
De Zipaguna, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Diana Aguirre
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075663232

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 60 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Nombre del propietario Diono Aguirre

Dirección: San Miguel Teléfono: 321 2466961 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Marlo Especie: C Raza: crullo

Sexo: M Edad: 6m Color: Negio Peso: 2.7 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 116 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 60

NOMBRE DE LA MASCOTA: Maio ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Diana Aguirre identificado con C.C. No: 1075663232
De Ziraguir, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Diana Aguirre

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075663232.

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 61 Fecha 11-02-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Luz Varga

Dirección: San Miguel Teléfono: 322 400 5558 Estrato:

Nombre de la mascota: Milo Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 3 m Color: Tricolor Peso: 2.9 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 146 FR: 24 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>DII. III. IV. V. VI. E.</u>	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza

TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo:

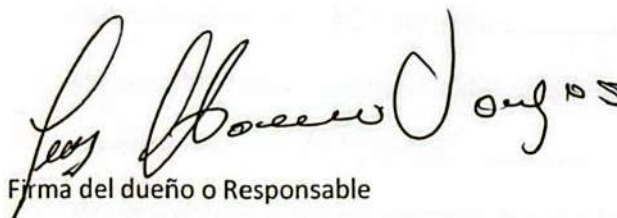
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 61

NOMBRE DE LA MASCOTA: Mina ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Luz Vargas identificado con C.C. No: 51581733
De Bogotá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

 51581733

Firma del dueño o Responsable

C.C. No.

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 62 Fecha 11-02-86 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Nombre del propietario Esteban Sandoval

Dirección: San Miguel Teléfono: 321 266 2830 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Akira Especie: F Raza: Oriollo

Sexo: H Edad: 10m Color: Gris Peso: 3.1 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 142 FR: 26 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☐ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 62

NOMBRE DE LA MASCOTA: Akito ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Esteban Sandoval identificado con C.C. No: 1076243857
De Zipagor, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Esteban Sandoval
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 70.76243857

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 63 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Francisco Daza T.P. 06408

Nombre del propietario Esteban Sandoval

Dirección: San Miguel Teléfono: 321 266 2830 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Poncho Especie: F Raza: Criollo

Sexo: M Edad: 10m Color: Gris Peso: 4.6 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.8 FC: 149 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.5 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.4 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0.5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza T.P. 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 63

NOMBRE DE LA MASCOTA: Pancho ESPECIE: CANINA _____ FELINA X

Yo, Esteban Sanabria identificado con C.C. No: 1076243857
De Ziragon, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Esteban S.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1076243857

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 64

NOMBRE DE LA MASCOTA: Mona ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Alexandra Maldonado identificado con C.C. No: 1076242816
De Ziraguana, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Alexandra
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1076242816

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 65 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Nombre del propietario Jose Pita

Dirección: San Miguel Teléfono: 3134371136 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Lulu Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 5m Color: Amarillo Peso: 17 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 112 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.2 ml.

Xilacina 0.2 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1.5 ml.

Propofol 0.2 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-25

FICHA N°: 65

NOMBRE DE LA MASCOTA: Lulu ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Jose Pita identificado con C.C. No: 74334198
De Toca Boxer, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 74 334 198

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 66 Fecha 11-07-26 Veterinario Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Nombre del propietario Blanca Diaz

Dirección: San Miguel Teléfono: 3132218355 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Haro Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 5 m Color: Negro Peso: 2.6 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 142 FR: 27 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza

T.P. 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 66

NOMBRE DE LA MASCOTA: Maru ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Blanca Diaz identificado con C.C. No: 46671266
De Duitama, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 46671266

Blanca Diaz

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 67

NOMBRE DE LA MASCOTA: Negro ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Blanca Diaz identificado con C.C. No: 46671266
De Duitama, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 46671266

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 68 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Nombre del propietario Dennis Gontalez

Dirección: San Miguel Teléfono: 3042294564 Estrato: 3

Nombre de la mascota: Molly Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 1A Color: gris Peso: 2.4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.0 FC: 141 FR: 23 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>D</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0.5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 68

NOMBRE DE LA MASCOTA: Molly ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Dennis González identificado con C.C. No: 1012345324
De Bogotá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Dennis González

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 10 12345324.

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 69 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Nombre del propietario Dennis Gonzalez

Dirección: San Miguel Teléfono: 3042294564 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Channel Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 1A Color: Gris Peso: 3.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 742 FR: 24 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml. Xilacina ml.

Ketamina ml. Ketamina ml.

Propofol 0.3 ml. Propofol ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0.5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 69

NOMBRE DE LA MASCOTA: Chanel ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Dennis Gonzalez identificado con C.C. No: 1012345324
De Bogotá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Dennis Gonzalez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1012345324

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11 - 02 - 20

FICHA N°: 70

NOMBRE DE LA MASCOTA: Niku ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Heidy Rodriguez identificado con C.C. No: 1000616544
De Zipaquirá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1000616544

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 71 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
J.P. 22925

Nombre del propietario Herdy Rodriguez

Dirección: San Jorge Teléfono: 3248528954 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Haky Especie: C Raza: criollo

Sexo: H Edad: 5m Color: Negro Peso: 8.4 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.8 FC: 115 FR: 27 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.9 ml.

Xilacina 0.3 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.6 ml.

Propofol 0.3 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0.5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera

J.P. 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11. 02. 26

FICHA N°: 71

NOMBRE DE LA MASCOTA: Haky ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Heidy Rodriguez identificado con C.C. No: 1000616544
De Zipaquirá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1000616544

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 72 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Francisco Daza
T.P. 00408

Nombre del propietario Heidy Rodriguez

Dirección: San Jorge Teléfono: 3248528754 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Maya Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: SM Color: Cafe Peso: 13.7 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 116 FR: 24 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.4 ml. Xilacina 0.6 ml.

Ketamina — ml. Ketamina — ml.

Propofol 1.2 ml. Propofol 0.6 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0.5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza

Médico Veterinario Anestesiólogo: T.P. 00408

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 72

NOMBRE DE LA MASCOTA: Maya ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Heidy Rodriguez identificado con C.C. No: 1000616541
De Zipaquirá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1000616541

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 73 Fecha 11-02-20 Veterinario Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Nombre del propietario Hiridy Rodriguez

Dirección: San Jorge Teléfono: 324 852 8764 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Tailor Especie: C Raza: criollo

Sexo: M Edad: 5m Color: Cafe Peso: 16.3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 116 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> <u>X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> <u>X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> <u>X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.6 ml.

Xilacina 0.7 ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 1.4 ml.

Propofol 0.7 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 73

NOMBRE DE LA MASCOTA: Tailor ESPECIE: CANINA 4º FELINA

Yo, Heidy Rodriguez identificado con C.C. No: 1000616544
De Zipaquilla, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1000616544

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 74 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Nombre del propietario Heidy Rodriguez

Dirección: San Jorge Teléfono: 324 852 8754 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Daner Especie: C Raza: Criollo

Sexo: M Edad: 5m Color: Cafe Peso: 15.4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 114 FR: 21 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> <u>X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> <u>X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> <u>X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: _____ NO: _____

Prianestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.6 ml. Xilacina 0.7 ml.

Ketamina - ml. Ketamina - ml.

Propofol 1.4 ml. Propofol 0.2 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo:

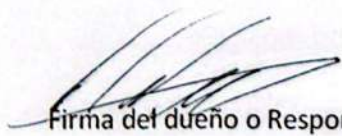
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 74

NOMBRE DE LA MASCOTA: Daner ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Heidy Rodriguez identificado con C.C. No: 1000616544
De Ziriquie, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1000616544

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 75 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Nombre del propietario Julio Hernandez

Dirección: San Miguel Teléfono: 3246854987 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Zorro Especie: F Raza: criollo

Sexo: M Edad: 1A Color: Bicolor Peso: 4.2 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 39.2 FC: 147 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.3 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 75

NOMBRE DE LA MASCOTA: Zoro ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Julio Hernandez identificado con C.C. No: 3102014
De Nemoca, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Julio Hernandez
Firma del dueño o Responsable
Julio Hernandez
C.C. No. 3102014

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 76

NOMBRE DE LA MASCOTA: Huellitas ESPECIE: CANINA _____ FELINA X

Yo, Julio Hernandez identificado con C.C. No: 3103014

De Nemocon, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.

Julio Hernandez
Firma del dueño o Responsable

C. No. 3103014

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 77 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Nombre del propietario Jolio Hernandez

Dirección: San Miguel Teléfono: 324 6854987 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Luno Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 14 Color: Bicolor Peso: 3.2 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 144 FR: 21 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: —

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 77

NOMBRE DE LA MASCOTA: Luna ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Julia Hernandez identificado con C.C. No: 3103014
De Nemoca, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Julia Hernandez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 3 103 014

Dra. L. L. Souza

TP-22926

Dra. Laura Abaunza

TP.22926

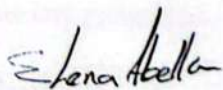
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 78

NOMBRE DE LA MASCOTA: Hilu ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Elena Abella identificado con C.C. No: 35411895
De Zipaquira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35411895

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 79 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Nombre del propietario Bibiana Rangel

Dirección: San Miguel Teléfono: 322 857 0585 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Sureya Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 9m Color: Bicolor Peso: 5.6 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 118 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>0</u> II, III, IV, V, VI, E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.6 ml.

Xilacina 0.2 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.5 ml.

Propofol 0.2 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11.02.26

FICHA N°: 79

NOMBRE DE LA MASCOTA: Sureya ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Viviana Rangel identificado con C.C. No: 20923219
De Sesquile, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Viviana Rangel
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 20923279

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 80

NOMBRE DE LA MASCOTA: Michi ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Hayeny Santos identificado con C.C. No: 1005825493
De Purificación, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Hayeny Santos Jatur

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1005825493

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 81 Fecha 11-02-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza
TP 22926

Nombre del propietario Ama Cristina Gonzalez

Dirección: San Miguel Teléfono: 319 796 5656 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Romino Especie: C Raza: Sabueso Criollo

Sexo: H Edad: 2A Color: Bicolor Peso: 16.8 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 114 FR: 21 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>D</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.7 ml.

Xilacina 0.7 ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 1.5 ml.

Propofol 0.7 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza

TP 22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: —

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 81

NOMBRE DE LA MASCOTA: Romina ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Cristina Gonzalez identificado con C.C. No: 52 300476
De Boyota, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Cristina go.
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 52 300476

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 82 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Nombre del propietario Isabel Sepulveda

Dirección: San Miguel Teléfono: 3142259763 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Hondarina Especie: F Raza: criollo

Sexo: M Edad: 11m Color: Amarillo Peso: 4 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.0 FC: 140 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml. Xilacina — ml.

Ketamina — ml. Ketamina — ml.

Propofol 0.3 ml. Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 82

NOMBRE DE LA MASCOTA: Mandarin ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Isabel Sepulveda identificado con C.C. No: 23521377
De Chita Boyaca, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Isabel Sepulveda
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 23521377

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 83 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Nombre del propietario Julietta Lopez

Dirección: San Miguel Teléfono: 3502427851 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Niky Especie: C Raza: Pitbull

Sexo: H Edad: 1A Color Parcino Peso: 17 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 112 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> , III, IV, V, VI, E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.7 ml.

Xilacina 0.7 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1.5 ml.

Propofol 0.7 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo:

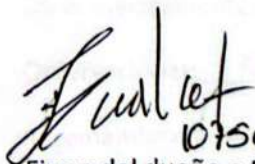
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 83

NOMBRE DE LA MASCOTA: Nike ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Julieta Lopez identificado con C.C. No: 1075666089
De Zipaguar, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


1075666089
Firma del dueño o Responsable

C.C. No.

Dra. Laura Abaunza
TP 22926

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 84

NOMBRE DE LA MASCOTA: Huu ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Paula Puel identificado con C.C. No: 1075663920
De Zipaguir, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075663920

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 85

NOMBRE DE LA MASCOTA: Donkan ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Viviana Alonso identificado con C.C. No: 1070952070
De MEMOCOM, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Viviana Alonso
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1070952070

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 86

NOMBRE DE LA MASCOTA: Luna ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Viviana Alonso identificado con C.C. No: 1070952070
De Nemocon, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Viviana Alonso
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1070952070

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 141 FR: 24 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> NO <u>X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> NO <u>X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> NO <u>X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno	
CLASIFICACIÓN ASA 0 II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.3 ml.

Propofol ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza
TP 22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 87

NOMBRE DE LA MASCOTA: Hilo ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Janneth Pareda identificado con C.C. No: 103125213.
De Bogotá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Janneth Pareda
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1031.125.213.

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 88 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Sandra Cano

Dirección: El Reposo Teléfono: 3143114479 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Panchito Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 6m Color: Bicolor Peso: 3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 141 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 88

NOMBRE DE LA MASCOTA: Panchita ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Sandra Curo identificado con C.C. No: 35421222
De Z. Pucallpa, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35421222

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 89 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Sandra Cano

Dirección: El Reposo Teléfono: 3143114479 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Kira Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 2A Color: Bicolor Peso: 21 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 114 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 2.1 ml.

Xilacina 0.8 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 2.0 ml.

Propofol 0.8 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 89

NOMBRE DE LA MASCOTA: Kira ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Sandra Cano identificado con C.C. No: 35421222
De Zipaguan, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35421.222

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 90 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Sandra Cano

Dirección: El Reposo Teléfono: 3143114479 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Hija Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 6m Color: Gris Peso: 2.4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 144 FR: 20 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dra. Laura Abaunza

Médico Veterinario Cirujano:

TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 90

NOMBRE DE LA MASCOTA: Mia ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Sandra Caro identificado con C.C. No: 35421222
De Ziragon, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35.421222

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 91 Fecha 11-07-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
J.P. 22925

Nombre del propietario Sandra Cono

Dirección: El Reposo Teléfono: 3143114479 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Sosy Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 2A Color: Tricolor Peso: 10 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 114 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: + NO: —

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.0 ml. Xilacina 0.4 ml.

Ketamina — ml. Ketamina — ml.

Propofol 1.0 ml. Propofol 0.4 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
J.P. 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: —

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 91

NOMBRE DE LA MASCOTA: Sasa ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Sandra Cano identificado con C.C. No: 35421222
De 21 años, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35421222

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 92 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Nombre del propietario Sandra Cano

Dirección: El Reposo Teléfono: 3143114479 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Sacha Especie: E Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 3A Color: Barcino Peso: 78 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 115 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.8 ml. Xilacina 0.7 ml.

Ketamina - ml. Ketamina - ml.

Propofol 1.6 ml. Propofol 0.7 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0.5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 92

NOMBRE DE LA MASCOTA: Sacha ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Sandra Cano identificado con C.C. No: 35421221
De Zipuqun, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No.

35421221

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 93 Fecha 11-02-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza
TP 22926

Nombre del propietario Sandra Cano

Dirección: El Reposo Teléfono: 3143114479 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Pancho Especie: C Raza: criollo

Sexo: M Edad: 1A Color: Tricolor Peso: 9.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 116 FR: 21 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: + NO:

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.0 ml.

Xilacina 0.4 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1.0 ml.

Propofol 0.4 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza
TP 22926

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 93

NOMBRE DE LA MASCOTA: Pancho ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Sandra Cano identificado con C.C. No: 35421221
De Ziriquier, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35421222

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 94 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Nombre del propietario Camilo Fondino

Dirección: San Miguel Teléfono: 321224729 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Canay Especie: C Raza: criollo

Sexo: H Edad: 6A Color: Bicolor Peso: 4.3kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 118 FR: 25 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0 II, III, IV, V, VI, E.</u>	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.3 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 94

NOMBRE DE LA MASCOTA: Canay ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Camila Fondino identificado con C.C. No: 1003881981
De Zipaguiré, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Camila f.H

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1003881977

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 95 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Nombre del propietario Hauicio García

Dirección: Alguna 3 Teléfono: 3246771986 Estrato: 3

Nombre de la mascota: Mila Especie: C Raza: Cholo

Sexo: H Edad: 1 A Color: Negro Peso: 17 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.8 FC: 119 FR: 21 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.7 ml.

Xilacina 0.7 ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 1.5 ml.

Propofol 0.7 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11.02.26

FICHA N°: 95

NOMBRE DE LA MASCOTA: Mila ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Moulich Garcia identificado con C.C. No: 11349818
De Zipaguir, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No.

11349818

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 96

NOMBRE DE LA MASCOTA: Mia ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Miguel Fondino identificado con C.C. No: 1076737682
De Zipaguita, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1076737682

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 97 Fecha 11-07-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Jesus Mora

Dirección: San Miguel Teléfono: 3223039246 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Hinchi Especie: F Raza: criollo

Sexo: M Edad: 1A Color: Pardo Peso: 2.7 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 148 FR: 20 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 97

NOMBRE DE LA MASCOTA: Minchi ESPECIE: CANINA _____ FELINA X

Yo, Jesús Moro identificado con C.C. No: 5349105
De Venezuela, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Jesús Eduardo Moro Rey
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 5349105

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 98 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Dilmer Pasa

Dirección: San Miguel Teléfono: 3115245588 Estrato: L

Nombre de la mascota: Jacob Especie: C Raza: Husky Siberiano

Sexo: M Edad: 4A Color: Bicolor Peso: 24 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 116 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> <u>X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> <u>X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> <u>X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>II, III, IV, V, VI, E.</u>	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 2.4 ml.

Xilacina 0.9 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 2.0 ml.

Propofol 0.9 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____
Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

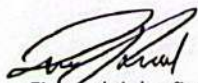
FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 98

NOMBRE DE LA MASCOTA: JACK ESPECIE: CANINA X° FELINA

Yo, Dilmei Pausa identificado con C.C. No: 1060239581

De Puraca Cauca, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1060239581

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 99 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Daniel Camacho

Dirección: San Miguel Teléfono: 3209381916 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Cloe Especie: C Raza: Criollo

Sexo: M Edad: 1A Color: Amarillo Peso: 30 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 116 FR: 21 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 3.0 ml.

Xilacina 1.3 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 3.0 ml.

Propofol 1.3 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

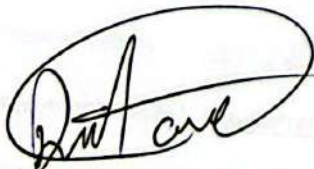
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 99

NOMBRE DE LA MASCOTA: Cloa ESPECIE: CANINA X° FELINA

Yo, Daniel Camacho identificado con C.C. No: 1006004682
De Zipaguirá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1006004682

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 100 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Rafael Sanchez

Dirección: San Miguel Teléfono: 311 872 2900 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Panchita Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 6 m Color: Bicolor Peso: 2.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 147 FR: 20 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.3 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 100

NOMBRE DE LA MASCOTA: Punchita ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Rafael Sanchez identificado con C.C. No: 11345932
De Zipagura, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 11345932 de Zipa

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 101 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Nombre del propietario Olinda Jaimes

Dirección: La Ganga Teléfono: 3144088672 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Tina Especie: C Raza: Tricolor

Sexo: H Edad: 8m Color: Amarillo Peso: 7.8 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.0 FC: 114 FR: 21 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.8 ml.

Xilacina 0.3 ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.6 ml.

Propofol 0.3 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 101

NOMBRE DE LA MASCOTA: Tino ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Olinda Jaime identificado con C.C. No: 20795060
De Pacho, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 20795060

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 102 Fecha 11-02-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Alberto Martinez

Dirección: La Granja Teléfono: 3125131047 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Lalo Especie: F Raza: Criollo

Sexo: M Edad: 3 A Color: Pardo Peso: 4.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 146 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.5 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.4 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 102

NOMBRE DE LA MASCOTA: Lalo ESPECIE: CANINA _____ FELINA x

Yo, Alberto Martínez identificado con C.C. No: 80 540543
De Ziraguira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No.

D. Alberto Martínez
CO 80 540 543

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 103 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Diego Gaitan

Dirección: Villa Maria Teléfono: 304 292 2845 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Max Especie: C Raza: Criollo

Sexo: M Edad: 18m Color: Amarillo Peso: 25 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 115 FR: 20 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>0</u> I. II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 2-5 ml.

Xilacina 1-0 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 2-0 ml.

Propofol 1-0 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 103

NOMBRE DE LA MASCOTA: Max ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Diego Gaitan identificado con C.C. No: 10726570512
De Chia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 10726570512

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 104 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Shirly Taches

Dirección: San Miguel Teléfono: 3028267554 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Cony Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 2 A Color: Bicolor Peso: 9.4 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.9 FC: 118 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.0 ml.

Xilacina 0.4 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1.0 ml.

Propofol 0.4 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza

T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 104

NOMBRE DE LA MASCOTA: Cony ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Shirly Tache identificado con C.C. No: 1043124097
De Barranquilla, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1043124097

**MÉDICOS
VETERINARIOS**
Lima y Arequipa S.A.S.

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

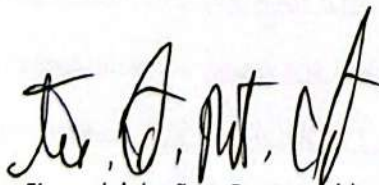
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 105

NOMBRE DE LA MASCOTA: Osa ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Fredy Putaguna identificado con C.C. No: 80543688
De Ziraguan, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 80,543,688

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 106 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Nombre del propietario Zoraya Alope

Dirección: San Miguel Teléfono: 3156797936 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Tai Especie: C Raza: Crolo

Sexo: H Edad: 4a Color: Bicolor Peso: 15 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 114 FR: 20 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>DI. III. IV. V. VI. E.</u>	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.5 ml.

Xilacina 0.6 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1.3 ml.

Propofol 0.6 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 106

NOMBRE DE LA MASCOTA: Tae ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Zoraya Alape identificado con C.C. No: 1076243734
De Ziraguin, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1076243734

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 107 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Nombre del propietario Leidy Sanchez

Dirección: San Miguel Teléfono: 3714482692 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Cenizas Especie: F Raza: Criollo

Sexo: M Edad: 9m Color: Bicolor Peso: 4.2 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 142 FR: 24 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> . III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.3 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirone gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 107

NOMBRE DE LA MASCOTA: Cenizas ESPECIE: CANINA _____ FELINA X^o

Yo, Leidy Sancha identificado con C.C. No: 1072704306

De Chia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.

Leidy Sancha
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1072704306

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 108

NOMBRE DE LA MASCOTA: Lia ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Otilia Riano identificado con C.C. No: 1075652850
De Ziragona, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Otilia Riano
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1075652850

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 109 Fecha 21-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Nombre del propietario Yolanda Sabala

Dirección: La Granja Teléfono: 3224492391 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Dragon Especie: F Raza: Crolo

Sexo: M Edad: 9m Color: Bicolor Peso: 3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 141 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NOX</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NOX</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NOX</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml. Xilacina — ml.

Ketamina — ml. Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml. Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 109

NOMBRE DE LA MASCOTA: Dragon ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Yolanda Zabala identificado con C.C. No: 20759987
De Nemocón, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 20759987

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 110 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Nombre del propietario Enyano Pachon

Dirección: San Miguel Teléfono: 312 464 1278 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Enzo Especie: F Raza: Criollo

Sexo: M Edad: 18m Color: Pardo Peso: 4.4 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 146 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>1</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.5 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.4 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0.5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 110

NOMBRE DE LA MASCOTA: Enzo ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Dayana Pachon identificado con C.C. No: 1076737687

De Ziraguir, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1076737687

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 111 Fecha 11-02-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Carolina Ojeda

Dirección: San Miguel Teléfono: 3015033412 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Baby Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 1A Color: Bicolor Peso: 10.3kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 114 FR: 24 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> <u>X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> <u>X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> <u>X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.0 ml.

Xilacina 0.4 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1.0 ml.

Propofol 0.4 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 111

NOMBRE DE LA MASCOTA: Babu ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Carolina Ojeda identificado con C.C. No: 5630462
De Venezuela, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Carolina
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 5630462 PPT

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 112 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Sandra Torres

Dirección: Terronple Teléfono: 3108052921 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Kitty Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 5m Color: Tricolor Peso: 1.8 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 141 FR: 20 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.2 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 112

NOMBRE DE LA MASCOTA: Kitty ESPECIE: CANINA FELINA X

Yo, Sandra Torres identificado con C.C. No: 35424674
De Zipaguir, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Sandra Torres
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35424674 Zipag

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 113 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ana Orjuelo

Dirección: Terroplen Teléfono: 3133152299 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Muñeca Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 4m Color: Bicolor Peso: 1 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 142 FR: 22 TLLC ✓

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.1 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.1 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

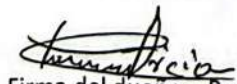
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 113

NOMBRE DE LA MASCOTA: Muñeca ESPECIE: CANINA FELINA 4

Yo, Ana Orjuela identificado con C.C. No: 35415440
De Ziragon, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35415440

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 114

NOMBRE DE LA MASCOTA: Princesa ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Ana Orjuela identificado con C.C. No: 35415440
De Ziraguira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35415440



FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 115 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Nombre del propietario Ana Orjuela

Dirección: Terroplen Teléfono: 3133152299 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Manchas Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 4m Color: Tricolor Peso: 3.2 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 145 FR: 71 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> <u>X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> <u>X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> <u>X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina / ml.

Ketamina — ml.

Ketamina ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Cirujano: T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 115

NOMBRE DE LA MASCOTA: Manchas ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Ana Orjuela identificado con C.C. No: 35415440
De Zipagoua, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35415440

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 116 Fecha 11-07-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Flor Pacho

Dirección: San Jorge Teléfono: 3125909469 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Pipo Especie: C Raza: Criollo

Sexo: M Edad: 3A Color: Amarillo Peso: 21 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 116 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 2.1 ml.

Xilacina 0.8 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 2.0 ml.

Propofol 0.8 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 116

NOMBRE DE LA MASCOTA: Pipo ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Flor Rocha identificado con C.C. No: 51901843
De Bogotá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable
C.C. No.

Dra. Laura Rodunza
TP.22926

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 117

NOMBRE DE LA MASCOTA: Paloma ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Lucila Valero identificado con C.C. No: 52 463 422
De Bogotá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Lucila Valero
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 52463422

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 118 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Yenny Muñoz

Dirección: Coches Teléfono: 371 2554816 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Eliza Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 2A Color: Bicolor Peso: 2.4 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 140 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 118

NOMBRE DE LA MASCOTA: Eliza ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Yenny Muñoz identificado con C.C. No: 35421997
De Zapagura, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Yenny Marcela Muñoz
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. M 35421997 CEP

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 119 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Jose Escobar

Dirección: San Miguel Teléfono: 311 8355668 Estrato: 1

Nombre de la mascota: SKY Especie: C Raza: Crtollo

Sexo: H Edad: 1A Color: Blanco Peso: 4.1 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 114 FR: 20 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.3 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 119

NOMBRE DE LA MASCOTA: SKY ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Jose Escobar identificado con C.C. No: 80546813
De Zipaguira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Jose A E
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 80546813

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 120 Fecha 11-02-26 Veterinario Dra. Laura Absunza TP.22926

Nombre del propietario Mercedes Garcia

Dirección: San Miguel Teléfono: 3106080541 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Chimuelo Especie: F Raza: criollo

Sexo: M Edad: 1A Color: Negro Peso: 4.5 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 146 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.5 ml. Xilacina — ml.

Ketamina — ml. Ketamina — ml.

Propofol 0.5 ml. Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dra. Laura Absunza
TP.22926

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 120

NOMBRE DE LA MASCOTA: Chimuelo ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Mercedes García identificado con C.C. No: 21054474
De Ubate, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Mercedes García
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 21054474

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 121 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Flor Rocha

Dirección: San Jorge Teléfono: 3125909469 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Candy Especie: C Raza: cróllo

Sexo: H Edad: 1A Color: Negro Peso: 13.4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 117 FR: 21 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>D</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.4 ml.

Xilacina 0.6 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1.4 ml.

Propofol 0.6 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____ Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

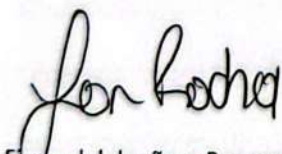
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 121

NOMBRE DE LA MASCOTA: Condy ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Flor Rocha identificado con C.C. No: 51901843
De Zipaguirra, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 51901843

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Fr. Daza
T.P 06408



Ficha No. 122 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Shirly Tache

Dirección: San Miguel Teléfono: 3028267554 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Bocanegia Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 1A Color: Amarillo Peso: 10.5 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.9 FC: 115 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.1 ml. Xilacina 0.4 ml.

Ketamina — ml. Ketamina — ml.

Propofol 1.0 ml. Propofol 0.4 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE
ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 122

NOMBRE DE LA MASCOTA: Bocanegra ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Shila Tache identificado con C.C. No: 1043124097
De Barranquilla, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


1043124097
Firma del dueño o Responsable

C.C. No.

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 123

NOMBRE DE LA MASCOTA: Alanu ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Juan Zamora identificado con C.C. No: 79187504
De Cajica, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 79187504 Cajica

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 124 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Laura Sanchez

Dirección: La Granja Teléfono: 3204119733 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Campanito Especie: C Raza: criollo

Sexo: H Edad: 1A Color: Negro Peso: 12 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 122 FR: 24 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> <u>X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> <u>X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> <u>X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>1</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preadnestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1 - 1 ml. Xilacina 0.5 ml.

Ketamina - ml. Ketamina - ml.

Propofol 1-0 ml. Propofol 0.5 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 124

NOMBRE DE LA MASCOTA: Campanita ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Laura Sanchez identificado con C.C. No: 1075690019

De Zipaguir, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.

Laura Sanchez

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075690019.

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 125 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Nombre del propietario Dina Luz Perez

Dirección: San Miguel Teléfono: 3213348524 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Reality Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 4m Color: Bicolor Peso: 1.2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 142 FR: 27 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>Cl. III. IV. V. VI. E.</u>	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.1 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.1 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11. 02. 26

FICHA N°: 125

NOMBRE DE LA MASCOTA: Reaiv ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Dina Luz Pern identificado con C.C. No: 1003070218
De Puerto Santander, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Dina Luz Pern
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1003070218

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 126 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Gabriel Moncada

Dirección: San Juanito Teléfono: 3105583314 Estrato: _____

Nombre de la mascota: Penata Especie: C Raza: criollo

Sexo: H Edad: 7m Color: Bicolor Peso: 10kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.8 FC: 116 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Prealanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.0 ml. Xilacina 0.4 ml.

Ketamina - ml. Ketamina - ml.

Propofol 1.0 ml. Propofol 0.4 ml.

Hallazgos anormales _____

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: _____

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 126

NOMBRE DE LA MASCOTA: Penata ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Gabriel Moncada identificado con C.C. No: 80548265
De Zipaguira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 80548265

Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 127

NOMBRE DE LA MASCOTA: Blanquita ESPECIE: CANINA FELINA X

Yo, Luisa Contreras identificado con C.C. No: 1090390414
De Zipaquira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Luisa Contreras
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1090390414

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 128 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Nombre del propietario Luis Contreras

Dirección: San Miguel Teléfono: 3243504311 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Abby Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 18m Color: Bicolor Peso: 2.2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.0 FC: 140 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.2 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 128

NOMBRE DE LA MASCOTA: Abby ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Luisa Contreras identificado con C.C. No: 1070390414
De Zapatera, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Luisa Contreras
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1070390414

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 129

NOMBRE DE LA MASCOTA: Lucas ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Ana Padilla identificado con C.C. No: 24170201
De Tintaca, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. Ana padilla
24170201

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 130 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ana Padilla

Dirección: La Granja Teléfono: 3133515631 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Zeus Especie: C Raza: criollo

Sexo: M Edad: 2A Color: Amarillo Peso: 15 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 114 FR: 24 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> <u>X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> <u>X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> <u>X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0 II. III. IV. V. VI. E.</u>	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.5 ml.

Xilacina 0.6 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1.4 ml.

Propofol 0.6 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 130

NOMBRE DE LA MASCOTA: Zeus ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Ana Padilla identificado con C.C. No: 24 170 201
De TINTACO, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. Ana padilla
24170201

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 131 Fecha 11-02-76 Veterinario _____

Nombre del propietario Ano Padillo

Dirección: Granja Teléfono: 313 3545631 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Sano Especie: C Raza: criollo

Sexo: H Edad: 4A Color: Amarillo Peso: 10 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 112 FR: 21 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0</u> I. II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1-0 ml.

Xilacina 0-4 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1-0 ml.

Propofol 0-4 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 131

NOMBRE DE LA MASCOTA: Sara ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Ana Padilla identificado con C.C. No: 24170201
De Tingua, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Ana Padilla
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 24170201

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 132 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Yenny Velasquez

Dirección: San Gabriel Teléfono: 321 464 0903 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Linda Especie: C Raza: criollo

Sexo: H Edad: 1A Color: Tiricolor Peso: 6.4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 112 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NOX</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NOX</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NOX</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ✓ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.7 ml.

Xilacina 0.3 ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.5 ml.

Propofol 0.3 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

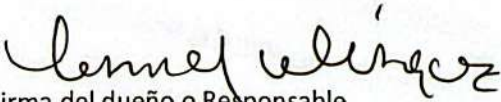
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11.02.26

FICHA N°: 132

NOMBRE DE LA MASCOTA: Linda ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Yenny Velásquez identificado con C.C. No: 35427502
De Ziraguá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35427502

Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 133

NOMBRE DE LA MASCOTA: Negro ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Biviana Rúa identificado con C.C. No: 63254546
De Cimitarra, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Biviana Rúa
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 63254546

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 134 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Nombre del propietario Rosa Gomez

Dirección: San Miguel Teléfono: 311 499 0663 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Morris Especie: F Raza: criollo

Sexo: M Edad: 11m Color: Pardo Peso: 3.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 144 FR: 20 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> . II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.4 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano:

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 134

NOMBRE DE LA MASCOTA: Moisés ESPECIE: CANINA _____ FELINA X°

Yo, Rosa Gómez identificado con C.C. No: 52601264
De Pacho, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Rosa M Gómez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 52 601264 pachó

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 135

NOMBRE DE LA MASCOTA: Bonny ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Jennifer Casanova identificado con C.C. No: 1124858594
De Mocóa Putumayo, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Jennifer Casanova
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1124858594

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 136 Fecha 11-02-76 Veterinario _____

Nombre del propietario Sebastian Arevalo

Dirección: San Jorge Teléfono: 30140778371 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Dante Especie: C Raza: Criollo

Sexo: m Edad: 7 mes Color: _____ Peso: 15 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 11.9 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI _____ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI _____ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI _____ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.5 ml.

Xilacina 0.6 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1.2 ml.

Propofol 0.6 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0.5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____ Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 136

NOMBRE DE LA MASCOTA: Donte ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Sebastian Arevalo identificado con C.C. No: 10003227268
De Zipaguirra, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Sebastian

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 10003227268

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 137 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Jeimy Edith Borrero

Dirección: Atamira Teléfono: 3224503738 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Pelesa Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 1A Color: Tricolor Peso: 3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 142 FR: 25 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>D</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 137

NOMBRE DE LA MASCOTA: Pelusa ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Jenny edith Barrera identificado con C.C. No: 35425632.
De Eipaquirá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Jenny edith Barrera
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35425632.

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 138 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Dayana Bernal

Dirección: San Miguel Teléfono: 3214623007 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Luna Especie: F Raza: Orolo

Sexo: H Edad: 8m Color: Bicolor Peso: 2.7 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 141 FR: 24 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>(I)</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 138

NOMBRE DE LA MASCOTA: luna ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Diana Bernal identificado con C.C. No: 1075689003
De Zapunta, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075689003

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 139 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Nombre del propietario Oscar Piñeros

Dirección: Villa Luz Teléfono: 3205438505 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Pink Especie: C Raza: criollo

Sexo: H Edad: 3A Color: Bicolor Peso: 30 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 115 FR: 28 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 3.0 ml.

Xilacina 1.4 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 3.0 ml.

Propofol 1.4 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 139

NOMBRE DE LA MASCOTA: Pinka ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Oscar Piñeros identificado con C.C. No: 11347792
De Ziraguán, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



11347792

Firma del dueño o Responsable

C.C. No.

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 140 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Liliana Gomez

Dirección: San Miguel Teléfono: 3243966444 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Hochy Especie: C Raza: Criollo

Sexo: M Edad: 1A Color: Bicolor Peso: 11.4 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 118 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> . III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.2 ml.

Xilacina 0.5 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1.0 ml.

Propofol 0.5 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 140

NOMBRE DE LA MASCOTA: Huchi ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Leidi Liliana Gomez identificado con C.C. No: 1075667765
De Zipaquirá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075667765

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 141 Fecha 11-02-76 Veterinario _____
Nombre del propietario David Torres
Dirección: San Miguel Teléfono: 3054099928 Estrato: 1
Nombre de la mascota: Pedro Especie: F Raza: Criollo
Sexo: M Edad: 1A Color: Bicolor Peso: 4.5 kg
Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 146 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☐
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.5 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.4 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales _____

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: _____

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 141

NOMBRE DE LA MASCOTA: Pedro ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, David Torres identificado con C.C. No: 1001052309
De Ziraguin, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1.001.052.309

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 142 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario Dayna Benavides

Dirección: San Miguel Teléfono: 302336034 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Sky Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: Sm Color: Bicolor Peso: 9.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 112 FR: 24 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.0 ml. Xilacina 0.4 ml.

Ketamina - ml. Ketamina - ml.

Propofol 1.0 ml. Propofol 0.4 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 142

NOMBRE DE LA MASCOTA: SKY ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Dayana Benavides identificado con C.C. No: 1012916526
De Zapaguirá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Dayana Benavides.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1012 916 526.

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 143 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Nombre del propietario Dayano Arevalo

Dirección: Algorra Teléfono: 3197380356 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Fito Especie: C Raza: Criollo

Sexo: m Edad: 5 Años Color: Beige Peso: 18 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.8 FC: 119 FR: 26 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.8 ml.

Xilacina 0.7 ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 1.6 ml.

Propofol 0.7 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P. 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

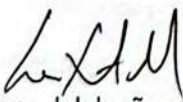
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 143

NOMBRE DE LA MASCOTA: Fito ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Dayana Arevalo identificado con C.C. No: 1030584503
De Bogotá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1030584503

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 144 Fecha 11-02-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP 22926

Nombre del propietario Sebastian Olayo

Dirección: San Miguel Teléfono: 304 407 8037 Estrato: 1

Nombre de la mascota: DNS Especie: F Raza: Crillo

Sexo: M Edad: 7m Color: Bicolor Peso: 3.4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 142 FR: 22 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>II</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml.

Xilacina - ml.

Ketamina - ml.

Ketamina - ml.

Propofol 0.3 ml.

Propofol - ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP 22926

Médico Veterinario Anestesiólogo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 144

NOMBRE DE LA MASCOTA: Dus ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Sebastián Olave identificado con C.C. No: 1000327268

De Ziragura, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,

declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1000327268

Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 145

NOMBRE DE LA MASCOTA: Dante ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Sebastián Olaya identificado con C.C. No: 1000327268
De Zipaguan, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1000327268

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 146 Fecha 11-07-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 1 Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 4m Color: negro Peso: 2. kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 140 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

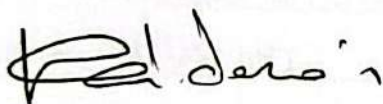
FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 146

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 1 ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Fundación Wz Animal identificado con C.C. No: 900 234 677-5

De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 900 234 677-5

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 149 Fecha 11-02-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra 3 Teléfono: 310 2508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Colle 2 Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: Sm Color: Bicolor Peso: 1.9 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 145 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA I. II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.2 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 02.11.26

FICHA N°: 147

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 2 ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Fundación Vor Animal identificado con C.C. No: 900234 677-5

De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 900234 677-5



Ficha No. 148 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 3 Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 5m Color: Blanco Peso: 1-9 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 140 FR: 26 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> . II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.2 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 148

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 3 ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Fundación Vol Animal identificado con C.C. No: 900234677-5

De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 900234677-5

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 149

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calla y ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Fundación Vol Animal identificado con C.C. No: 900234 677-5

De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 900234 677-5

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 150 Fecha 11-02-26 Veterinario _____
Nombre del propietario Fundación voz Animal
Dirección: Algarra 3 Teléfono: 310 250 8302 Estrato: 2
Nombre de la mascota: Calle 5 Especie: F Raza: criollo
Sexo: H Edad: 5m Color: Tricolor Peso: 1-9 kg
Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 142 FR: 26 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.2 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 150

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 5 ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Fundación Jor Animal identificado con C.C. No: 900234677-5

De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 900234677-5

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 151 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Nombre del propietario Fundación Vor Animal

Dirección: Algarra 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: calie 6 Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 1 Aro Color: Pardo Peso: 2.4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 143 FR: 26 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> <u>X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> <u>X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> <u>X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>D</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Prianestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

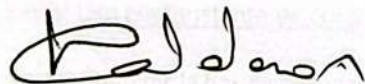
FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 151

NOMBRE DE LA MASCOTA: Callu 6 ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Fundación Voz Animal identificado con C.C. No: 900234677-5

De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 900234677-5

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 152 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Uoz Animal

Dirección: Algarra 3 Teléfono: 310 2508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 7 Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 7m Color: Tricolor Peso: 1.8 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 48 FR: 25 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0</u> I. II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.2 ml.

Xilacina _____ ml.

Ketamina _____ ml.

Ketamina _____ ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol _____ ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____ Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN

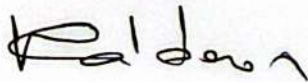
FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 152

NOMBRE DE LA MASCOTA: Call 7 ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Fundación Jor Animal identificado con C.C. No: 900234677-5

De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 900234677-5

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 153 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra 3 Teléfono: 310 250 8302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Colle 8 Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 2A Color: Pardo Peso: 2.7 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 141 FR: 23 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina _____ ml.

Ketamina _____ ml.

Ketamina _____ ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol _____ ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 153

NOMBRE DE LA MASCOTA: Call 8 ESPECIE: CANINA FELINA X

Yo, Fundación Vol Animal identificado con C.C. No: 900 234 677-5
De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 900 234 677-5

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925



Ficha No. 154 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 9 Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 12 m Color: Gris Peso: 2.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 141 FR: 23 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NOX</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NOX</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NOX</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina _____ ml.

Ketamina _____ ml.

Ketamina _____ ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol _____ ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 154

NOMBRE DE LA MASCOTA: Callu 9 ESPECIE: CANINA FELINA X

Yo, Fundación Vol Animal identificado con C.C. No: 900 234677-5
De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 900 234677-5

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 155 Fecha 11-02-26 Veterinario _____
Nombre del propietario Fundación Voz Animal
Dirección: Algarra 3 Teléfono: 310 2508302 Estrato: 2
Nombre de la mascota: Calle 10 Especie: F Raza: criollo
Sexo: H Edad: 1A Color: Negro Peso: 2.9 kg
Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 143 FR: 25 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Prealanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina _____ ml.

Ketamina — ml.

Ketamina _____ ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol _____ ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 155

NOMBRE DE LA MASCOTA: Call 10 ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Fundación Voz Animal identificado con C.C. No: 900234677-5

De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 900234677-5

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Fundación Vae Animal

Algarra 3

Calle 11

H

NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Ninguno

38-1

EXAMEN CLINICO

SI: X

Anestesia de sostenimiento

0.2

—

0.2

Ninguno

Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Ninguno

Uso contanstante de collar isabelino

Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Alimentos absorbibles

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

1000

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 156

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calla 11 ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo Fundación Vor Animal identificado con C.C. No: 900234677-5

De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 900234677-5

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 15A Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarroal 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Colle 12 Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 8m Color: Negra Peso: 2.3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 145 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA I. II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.2 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

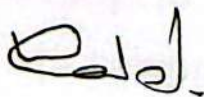
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 157

NOMBRE DE LA MASCOTA: Colle 12 ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Fundación Vor Animal identificado con C.C. No: 900234677-5
De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 900234677-5

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 158 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 13 Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 6m Color: Blanco Peso: 2-1 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 141 FR: 23 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> . II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Peanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.2 ml.

Xilacina _____ ml.

Ketamina - ml.

Ketamina _____ ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol _____ ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 158

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 13 ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Fundación Vol Animal identificado con C.C. No: 900234677-5

De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 900234677-5

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926



Ficha No. 159 Fecha 11-02-76 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algorra 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 14 Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 7m Color: Biolor Peso: 2.4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 142 FR: 21 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>I</u> , II, III, IV, V, VI, E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml. Xilacina _____ ml.

Ketamina _____ ml. Ketamina _____ ml.

Propofol 0.2 ml. Propofol _____ ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso constante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: _____
Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 159

NOMBRE DE LA MASCOTA: Callu 14 ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Fundación Vor Animah identificado con C.C. No: 900 234 677-5
De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 900 234 677-5

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 160 Fecha 11-07-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P. 22925
 Nombre del propietario Fundación Voz Animal
 Dirección: Algarra 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 7
 Nombre de la mascota: calie 15 Especie: F Raza: criollo
 Sexo: H Edad: 1A Color: Tricolor Peso: 2.4 kg
 Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 140 FR: 22 TLLC 7

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> <u>X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> <u>X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> <u>X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>-</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>(1)</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0.5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera T.P. 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 160

NOMBRE DE LA MASCOTA: Culla 15 ESPECIE: CANINA FELINA Y

Yo, Fundación Vol Animal identificado con C.C. No: 900230677-5

De _____, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.



Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 21068884677-5

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 161 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Karen Ramos

Dirección: Baraniller Teléfono: 3153923534 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Gris Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 7 mes Color: Gris Peso: 2.8 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 142 FR: 22 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina _____ ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Cirujano: _____

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 161

NOMBRE DE LA MASCOTA: Gris ESPECIE: CANINA FELINA X

Yo, Karen Yulieth Ramo identificado con C.C. No: 1192780901
De Zicaquirá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Karen Ramo
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1192780901

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 162 Fecha 11-02-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Karen Ramol

Dirección: Barandillo Teléfono: 3153923534 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Vaguir Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 7 mes Color: Negro Peso: 2.8 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 143 FR: 22 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0.5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-20

FICHA N°: 162

NOMBRE DE LA MASCOTA: Vaguita ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Karen Yulieth Ramo identificado con C.C. No: 1191780401
De Zipaquira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Karen Ramo

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1191780401

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 163 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Nombre del propietario Stefania Medina

Dirección: Champani Teléfono: 315 532906 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Logan Especie: C Raza: Cocker

Sexo: m Edad: 1 Año Color: Cafe Peso: 13kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 148 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>0</u> I. II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 1.3 ml. Xilacina 0.5 ml.

Ketamina ✓ ml. Ketamina ✓ ml.

Propofol 1.0 ml. Propofol 0.5 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 163

NOMBRE DE LA MASCOTA: Logan ESPECIE: CANINA ☒ FELINA ☐

Yo, Stefania Medina identificado con C.C. No: 1075678015
De Zipagura, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.



Firma del Dueño o Responsable

C.C. No 1075678015

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 164

NOMBRE DE LA MASCOTA: Hiky ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Sandra Gutierrez identificado con C.C. No: 20 892 143

De Sancayetano, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.


Firma del dueño o Responsable

C.C. No.

20 892 143

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 165 Fecha 11-02-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Sandra Alonso

Dirección: San Miguel Teléfono: 3023390389 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Sol Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 8m Color: Pardo Peso: 2.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 140 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones:

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Cirujano:

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 165

NOMBRE DE LA MASCOTA: Sol ESPECIE: CANINA FELINA X

Yo, Sandra Alonso identificado con C.C. No: 1078653735
De Zipaquira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Sandra Alonso
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1078653735

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 166 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Nombre del propietario Sandra Alonso

Dirección: San Miguel Teléfono: 3023390389 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Pandi Especie: F Raza: crillo

Sexo: H Edad: 7m Color: Pardo Peso: 3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 145 FR: 22 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NOX</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NOX</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NOX</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>D</u> I. II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml. Xilacina ml.

Ketamina — ml. Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml. Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meioxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P. 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 166

NOMBRE DE LA MASCOTA: Pandi ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Sandra Alonso identificado con C.C. No: 1075653735
De Zipaquira, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Sandra Alonso
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075653735

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408



Ficha No. 167 Fecha 11-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Shorith Paetz

Dirección: San Miguel Teléfono: 3125649292 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Copo Especie: F Raza: criollo

Sexo: M Edad: 3A Color: Blanco Peso: 5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura 38.2 FC: 145 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.5 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.4 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meioxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 167

NOMBRE DE LA MASCOTA: Copo ESPECIE: CANINA _____ FELINA X

Yo, Sharith Ruez identificado con C.C. No: 1013266247
De Epaguita, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Sharith Ruez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1013266247

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 168 Fecha 11-02-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Elena Abella

Dirección: San Juanito Teléfono: 3124279127 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Sol Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 5m Color: Pardo Peso: 2.4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 141 FR: 26 TLLC: 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> <u>X</u>	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> <u>X</u>
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> <u>X</u>	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN**

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 168

NOMBRE DE LA MASCOTA: Sol ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Elena Abello identificado con C.C. No: 35411895
De Zipaguirá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Elena Abello
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 35411895

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 169 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Nombre del propietario Elena Abella

Dirección: San Juanito Teléfono: 3124279127 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Hiel Especie: F Raza: Criollo

Sexo: A Edad: Sm Color: Pardo Peso: 1.9 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 142 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ☐ NO ☒	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ☐ NO ☒	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA <u>I</u> . II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: ☒ NO: ☐

Preanestesia

Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.2 ml.

Xilacina — ml.

Ketamina — ml.

Ketamina — ml.

Propofol 0.2 ml.

Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE
ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 169

NOMBRE DE LA MASCOTA: Hiel ESPECIE: CANINA ☐ FELINA ☒

Yo, Elena Abella identificado con C.C. No: 35411895
De Zipaguiru, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Elena Abella

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35411895

FORMATO DE HISTORIA CLINICA



Ficha No. 170 Fecha 11-02-26 Veterinario Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Nombre del propietario Elena Abella

Dirección: San Juanito Teléfono: 3124279127 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Lupe Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 5m Color: Pardo Peso: 2.1 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 143 FR: 26 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA	
ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI <u>NO</u> X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI <u>NO</u> X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI <u>NO</u> X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>	
CLASIFICACIÓN ASA: <u>I</u> II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesia Anestesia de sostenimiento

Xilacina 0.2 ml. Xilacina _____ ml.

Ketamina _____ ml. Ketamina _____ ml.

Propofol 0.2 ml. Propofol _____ ml.

Hallazgos anormales Ninguno

Otros medicamentos: Amoxicilina 15% - Meloxicam 0,5%

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

Post-operatorio: Desinfectar la herida con clorhexidina spray - Dipirona gotas

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-02-26

FICHA N°: 170

NOMBRE DE LA MASCOTA: Lupe ESPECIE: CANINA _____ FELINA X

Yo, Elena Abella identificado con C.C. No: 35411895
De Zipaguna, en pleno y normal uso de mis facultades mentales,
declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que
pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones
anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la
muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos
para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son
previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna;
además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía
en el post operatorio.

Elena Abella
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35411895