FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 526 Fecha 25-03-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Carlos Martinez

Dirección: Alto Del Aguila Teléfono: 3219738894 Estrato: 2

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

Sexo: H Edad: 7m Color: Blanco Peso: 12.7 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 116 FR: 25 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 526

NOMBRE DE LA MASCOTA: Paloma ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Carlos Martinez identificado con C.C. No: 11334511

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. 1133451(

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 527 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Luz Cruz

Dirección: Chagrel Teléfono: 3144687304 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1A Color: Barcino Peso: 12.2 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 117 FR: 26 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía 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. Juan G. Herrera T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 527

NOMBRE DE LA MASCOTA: Chispa ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Luz Mery Cruz identificado con C.C. No: 52644582

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.

Luz Me

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 52644582

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 528 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Paola Muñoz

Dirección: El Colegio Teléfono: 3224245123 Estrato: 2

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

Sexo: M Edad: 15m Color: Bicolor Peso: 29.2 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 116 FR: 26 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ____

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 2.9 ml.	Xilacina 1.3 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 2.6 ml.	Propofol 1.3 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. Francisco Daza
T.P 06408
Médico Veterinario Cirujano: _____

Dra. Martha Alixon Huertas
T.P 25269
Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 528

NOMBRE DE LA MASCOTA: Pericles ESPECIE: CANINA X° FELINA____

Yo, Paula Muñoz identificado con C.C. No: 1070330660

De El colegio, 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 Muñoz

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1070330660

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 529 Fecha 25-03-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Paola Muñoz

Dirección: El Colegio Teléfono: 3224245123 Estrato: 2

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

Sexo: M Edad: 1A Color: Bicolor Peso: 4.7 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 141 FR: 26 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.5 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 529

NOMBRE DE LA MASCOTA: Silvestre ESPECIE: CANINA____FELINA X°

Yo, Paola Muñoz identificado con C.C. No: 1070330660

De El colegio, 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 Muñoz

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1070330660

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 530 Fecha 25-03-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario Juliana Salgado

Dirección: Cuartelito Teléfono: 3118149832 Estrato: 2

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

Sexo: M Edad: 5m Color: Bicolor Peso: 3.4 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 140 FR: 26 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.4 ml.	Xilacina — ml.
Ketamina 1 ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.3 ml.	Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguna

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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 530

NOMBRE DE LA MASCOTA: Lucho ESPECIE: CANINA____FELINA X°

Yo, Juliana Salgado identificado con C.C. No: 1113651430

De Palmira, 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. 1113651430

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 531 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Juliana Salgado

Dirección: Cuartelito Teléfono: 3118149832 Estrato: 2

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

Sexo: M Edad: 5m Color: Gris Peso: 2-5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 142 FR: 23 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 531

NOMBRE DE LA MASCOTA: Mariguano ESPECIE: CANINA____FELINA X°

Yo, Juliana Salgado identificado con C.C. No: 1113 651 430
De Palmira, 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.

Juliana.
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1113 651430

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza TP.22926

Ficha No. 532 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Juliano Solgado

Dirección Cuartelito Teléfono 3118149832 Estrato 2

Nombre de la mascota Dulce Especie F Raza Criollo

Sexo H Edad 8m Color Gris Peso 1.3 kg

Anamnesis NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO

Sintomatología Ninguno

Temperatura 38.7 FC 145 FR 24 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI __ NO X	SISTEMA (S) AFECTADO (S):
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	
CLASIFICACIÓN ASA: I, 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

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alvion Huertas TP.25263

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 532

NOMBRE DE LA MASCOTA: Dulce ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Juliana Salgado identificado con C.C. No: 1113651430
De Palmira, 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. 1113651430

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 533 Fecha 25-03-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario Manuel Carvajal

Dirección: Finca Teléfono: 3006786111 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Luna Especie: C Raza: Pastor Alemán

Sexo: H Edad: 18m Color: Tricolor Peso: 30 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 116 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 3.0 ml.	Xilacina 1 ml.
Ketamina 1 ml.	Ketamina 1 ml.
Propofol 3.0 ml.	Propofol 1 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 533

NOMBRE DE LA MASCOTA: Luna ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Manuel Carvajal identificado con C.C. No: 80497452

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. 80497452

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 534 Fecha 25-03-26 Veterinario Dr. Francisco Daza T.P 06408

Nombre del propietario Ernestina Salamanca

Dirección: El Colegio Teléfono: 3125397632 Estrato: 2

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

Sexo: M Edad: 2 A Color: Bicolor Peso: 26.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 112 FR: 26 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía

Xilacina 2.7 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 2.5 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 1.2 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 1.2 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. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 534

NOMBRE DE LA MASCOTA: Rocky ESPECIE: CANINA X° FELINA____

Yo, Ernestina Salamanca identificado con C.C. No: 35 412 993

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.

Ernestina salamanca
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35 412 993

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 535 Fecha 25-03-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Zully Cardenas

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3208518380 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Chonel Especie: F Raza: French Poodle

Sexo: H Edad: 5m Color: Gris Peso: 3 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 ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ___ NO X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	
CLASIFICACIÓN ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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: Dra Martha Alxon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 535

NOMBRE DE LA MASCOTA: Chanel ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Zuli Cardenas identificado con C.C. No: 1075650958

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.

Zuli cardenas
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075650958

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 536 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Zully Cardenas

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3208518380 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Milu Especie: C Raza: French Poodle

Sexo: H Edad: 18m Color: Blanco Peso: 4.7 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 118 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Juan G. Herrera

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 536

NOMBRE DE LA MASCOTA: Milu ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Zuli Cardenas identificado con C.C. No: 1075650958
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.

zuli cardenas
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075650958

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 537 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Zully Cardenas

Dirección: Rio Frio Teléfono 3708518380 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Teddy Especie: C Raza: French Poodle

Sexo: M Edad: 7 AÑOS Color: Blanco Peso: 6.1 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 115 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.6 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

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 537

NOMBRE DE LA MASCOTA: Tedy ESPECIE: CANINA X° FELINA____

Yo, Zuli Cardenas identificado con C.C. No: 1075650958
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.

zuli cardenas
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075650958

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 538 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Maria Castro

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3103217983 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 5A Color: Negro Peso: 12.8 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 118 FR: 23 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 538

NOMBRE DE LA MASCOTA: Croketa ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Maria Castro identificado con C.C. No: 35401501

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.

Maria H. Castro

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35401501

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 539 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Mario Castro

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3103217983 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 2A Color: Bicolor Peso: 22.3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 116 FR: 25 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ____

Preanestesía	Anestesía 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 T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 539

NOMBRE DE LA MASCOTA: Mila ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Maria Castro identificado con C.C. No: 35 401 501

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.

Maria

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35401501

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 540 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Maria Castro

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3103217983 Estrato: 2

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

Sexo: H Edad: 2A Color: Tricolor Peso: 2.2kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 142 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesía

Xilacina 0.2 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.2 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 1 ml.

Ketamina / 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 540

NOMBRE DE LA MASCOTA: Pelusa ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Maria Castro identificado con C.C. No: 35 401 501

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.

Maria H. Castro

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35401501

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 541 Fecha 25-02-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Maria Castro

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3103217983 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 2A Color: Carey Peso: 2.2 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 141 FR: 23 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía

Xilacina 0.2 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.2 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 1 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 1 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 541

NOMBRE DE LA MASCOTA: Manchas ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

Yo, Maria Castro identificado con C.C. No: 35 401 501

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.

María Hidalgo

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35 401 501

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 542 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario María Castro

Dirección: Río Frío Teléfono: 3103217983 Estrato: 1

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

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

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 140 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 542

NOMBRE DE LA MASCOTA: Iolo ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

Yo, Maria Castro identificado con C.C. No: 35 401 501

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.

Maria Hilda

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35 401501

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 543 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Inelda Quintero

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3132235402 Estrato: 1

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

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

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 140 FR: 26 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.3 ml.	Xilacina 1 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.2 ml.	Propofol 1 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 543

NOMBRE DE LA MASCOTA: Malu ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Inelda Quintero identificado con C.C. No: 35 427 184

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.

Inelda Quintero
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35.427. 184

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 544 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Mercedes Silva

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3132235407 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Firo Especie: C Raza: Pinscher

Sexo: M Edad: 2A Color: Bicolor Peso: 4.7 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 117 FR: 27 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía

Xilacina 0.5 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.5 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.2 ml.

Ketamina / 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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alxon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 544

NOMBRE DE LA MASCOTA: Firo ESPECIE: CANINA X° FELINA____

Yo, Mercedes Silva identificado con C.C. No: 21 168 093

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.

Mercedes Silva

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 21 168 093

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 545 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Mercedes Silva

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3132235402 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Sky Especie: C Raza: Pinscher

Sexo: H Edad: 1A Color: Tricolor Peso: 4 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 117 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesía

Xilacina 0.4 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.4 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina — ml.

Ketamina / 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 545

NOMBRE DE LA MASCOTA: SKY ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Mercedes Silva identificado con C.C. No: 21 168 093

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.

Mercedes Silva

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 21 168 093

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 546 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Leidy Rios

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3177753097 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Roma Especie: C Raza: Pastor Collie

Sexo: H Edad: 3A Color: Bicolor Peso: 24.8 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 112 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 2.5 ml.	Xilacina 1.1 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 20 ml.	Propofol 1.1 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 546

NOMBRE DE LA MASCOTA: Roma ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Leidy Rios identificado con C.C. No: 1072656018

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. 1072656018

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 547 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Leidy Rios

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3177753097 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 2A Color: Amarillo Peso: 4.3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 141 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía 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: Dra Martha Alixon Huertas T.P. 23223

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 547

NOMBRE DE LA MASCOTA: Cayon ESPECIE: CANINA____FELINA X°

Yo, leidy Rios identificado con C.C. No: 1072656018

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. 1072656018

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 548 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Leidy Rios

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3177753097 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 5A Color: Blanco Peso: 12.3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 117 FR: 27 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía

Xilacina 1.2 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 1.0 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.5 ml.

Ketamina / 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 548

NOMBRE DE LA MASCOTA: Scrapy ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Leidy Rios identificado con C.C. No: 1072656018

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. 1072656018

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 549 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Karen Cardenas

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3114904475 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1A Color: Café Peso: 17.4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 118 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesía

Xilacina 1.8 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 1.6 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.7 ml.

Ketamina / 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: Dr. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 549

NOMBRE DE LA MASCOTA: Serella ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Karen Cardenas identificado con C.C. No: 1076241206

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 Cardenas
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1076241206.

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 550 Fecha 25-03-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Nicolas Galvi Wagner

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3204775010 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1A Color: Gris Peso: 7.9 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 112 FR: 26 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ____

Preanestesía	Anestesía 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

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 550

NOMBRE DE LA MASCOTA: Pelusa ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Nicolas Wagner identificado con C.C. No: 1075662320

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.

Nicolas Wagner

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075662320

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 551 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Lucia Avendaño

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3144551557 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 2A Color: Negro Peso: 8.9 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 117 FR: 25 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 551

NOMBRE DE LA MASCOTA: Rocky ESPECIE: CANINA X° FELINA____

Yo, Lucia Avendaño identificado con C.C. No: 35 422 440

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.

Lucia Avendaño
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35 422 440

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 552 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Catalina Avendaño

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3203150004 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 5m Color: Carey Peso: 1.9 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 145 FR: 22 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía 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

Dra. Martha Alixón Huertas
T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 552

NOMBRE DE LA MASCOTA: Panchita ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Catalina Avendaño identificado con C.C. No: 35425288
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.

CATALINA AVENDAÑO
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35.425.288

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 553 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ana Poveda

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3207810879 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 5m Color: Negro Peso: 2.1 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 145 FR: 26 TLLC 3

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía

Xilacina 0.2 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.2 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina — ml.

Ketamina / 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 553

NOMBRE DE LA MASCOTA: Tom ESPECIE: CANINA____FELINA X°

Yo, Ana Poveda identificado con C.C. No: 35405917

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. 35405917

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 554 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Ana Poveda

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3202810879 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 5m Color: Carey Peso: 2.1 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 141 FR: 27 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía

Xilacina 0.2 ml.

Ketamina ✓ ml.

Propofol 0.2 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina — ml.

Ketamina ✓ 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 554

NOMBRE DE LA MASCOTA: Cenicienta ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Ana Poveda identificado con C.C. No: 39 405 917

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. 39 405 917

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 555 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Rosa Fandiño

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3005656757 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 6m Color: Bicolor Peso: 8.3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 116 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 555

NOMBRE DE LA MASCOTA: Lulú ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Rosa Fandiño identificado con C.C. No: 35 402 261

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.

Rosa María f de Pulido
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35 402 261

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 556 Fecha 25-03-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Rosa Fandiño

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3005656757 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 5m Color: Negro Peso: 13.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 117 FR: 23 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 556

NOMBRE DE LA MASCOTA: Borona ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Rosa Fandiño identificado con C.C. No: 35402261

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.

Rosa Maria f de Pulido
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35402261

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No 557 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Maria Rios

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3124196900 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 7m Color: Amarillo Peso: 3.9 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 145 FR: 25 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía

Xilacina 0.4 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.3 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina / ml.

Ketamina / 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 557

NOMBRE DE LA MASCOTA: Naranjaso ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Maria Rios identificado con C.C. No: 1013261389
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. 1013261389

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 558 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Luz Rodriguez

Dirección: Alto Del Aguila Teléfono 3134595302 Estrato: 2

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

Sexo: H Edad: 9m Color: Pardo Peso: 2.9 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 145 FR: 25 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.3 ml.	Xilacina 1 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.2 ml.	Propofol 1 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 558

NOMBRE DE LA MASCOTA: Shakira ESPECIE: CANINA ___ FELINA X

Yo, Luz Rodriguez identificado con C.C. No: 35 406 290
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.

LUZ
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35406290

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 559 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Luz Rodriguez

Dirección: Alto Del Aguila Teléfono: 3134595302 Estrato: 2

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

Sexo: H Edad: 9m Color: Pardo Peso: 3.8 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 140 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.4 ml.	Xilacina 1 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: Dra. Maria A. Xon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 559

NOMBRE DE LA MASCOTA: Maggy ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

Yo, Luz Rodriguez identificado con C.C. No: 35 406 290

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.

LUZ
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35400290

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 560 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Daly Espitia

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3108565810 Estrato: 1

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

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

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 141 FR: 27 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 560

NOMBRE DE LA MASCOTA: Negro ESPECIE: CANINA ____ FELINA X°

Yo, Derly Espitia identificado con C.C. No: 1075650471

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.

Derly Espitia
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1075650477

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 561 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Derly Espitia

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3108565810 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 1A Color: Bicolor Peso: 3.2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 145 FR: 26 TLLC 7

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.3 ml.	Xilacina 1 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.2 ml.	Propofol 1 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 561

NOMBRE DE LA MASCOTA: Cosmo ESPECIE: CANINA ____ FELINA X°

Yo, Derly Espitia identificado con C.C. No: 1075650471

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.

Derly Espitia
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1075650477

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 562 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Leidy Hernandez

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3103778118 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 6m Color: Blanco Peso: 5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 116 FR: 26 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 562

NOMBRE DE LA MASCOTA: Sky ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Leidy Hernandez identificado con C.C. No: 1075674265

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.

Leidy Hernandez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075674265

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 563 Fecha 25-03-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario Leidy Hernandez

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3103278118 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 6m Color: Negro Peso: 3.8 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 116 FR: 25 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.4 ml.	Xilacina 1 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. [illegible]

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Hueltas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 563

NOMBRE DE LA MASCOTA: Negra ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Leidy Hernandez identificado con C.C. No: 1075674265

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.

Leidy Hernandez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075674265

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 564 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Johanna Torres

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3209164080 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 6m Color: Amarillo Peso: 7.9 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 117 FR: 27 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 564

NOMBRE DE LA MASCOTA: Lulú ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Yohanna Torres identificado con C.C. No: 1075684514

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.

Yohanna Torres
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1075684514

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 565 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario María Quintero

Dirección: Villa María Teléfono: 3114418269 Estrato: 2

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

Sexo: H Edad: 5m Color: Carey Peso: 3 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 __ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI __ NO X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	
CLASIFICACIÓN ASA: (I) II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesía

Xilacina 0.3 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.2 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina / ml.

Ketamina / 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 565

NOMBRE DE LA MASCOTA: Nevada ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

Yo, Maria Quintero identificado con C.C. No: 1022337836

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.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1022337836

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 566 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Jackeline Luque

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3213002618 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 8m Color: Bicolor Peso: 9.7 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 140 FR: 26 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.5 ml.	Xilacina 1 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.3 ml.	Propofol 1 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 566

NOMBRE DE LA MASCOTA: Peluche ESPECIE: CANINA ____ FELINA X°

Yo, Jackeline Luque identificado con C.C. No: 35 424 667

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. 35 424 667

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 567 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Harold Nava

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3134074507 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 9m Color: Amarillo Peso: 14 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 116 FR: 22 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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 T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 567

NOMBRE DE LA MASCOTA: Mona ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Harold Nava identificado con C.C. No: 1007 788 814

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.

HAROLD NAVA
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1007 788 814

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 568 Fecha 25-03-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Harold Nova

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3134074507 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 9m Color: Blanco Peso: 12.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 117 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alxon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 568

NOMBRE DE LA MASCOTA: Dulce ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Harold Nava identificado con C.C. No: 1007788814

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.

Harold Nava
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1007788814

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 569 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Harold Nava

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3134074507 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 5A Color: Pardo Peso: 4 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 140 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 569

NOMBRE DE LA MASCOTA: Kuma ESPECIE: CANINA ____ FELINA X°

Yo, Harold Nava identificado con C.C. No: 1007 788 814

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.

HAROLD NAVA
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1007788814

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 570 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Harold Nava

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3134074507 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 18m Color: Pardo Peso: 4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 145 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.4 ml.	Xilacina 1 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 570

NOMBRE DE LA MASCOTA: Ryu ESPECIE: CANINA ____ FELINA X°

Yo, Harold Nava identificado con C.C. No: 1007 788 814

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.

HAROLD NAVA
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1007788814

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 571 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Lida Gonzalez

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3112761487 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 10 m Color: Bicolor Peso: 16.5 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 ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ___ NO X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	
CLASIFICACIÓN ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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: 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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 571

NOMBRE DE LA MASCOTA: MAX ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Lida Gonzalez identificado con C.C. No: 36 184 201

De Neiva, 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. 36184201

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

MÉDICOS VETERINARIOS SIN FRONTERAS

Ficha No. 572 Fecha 25-03-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario Maribel Gonzalez

Dirección: Paramo Guerrero Teléfono: 3014629701 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 3A Color: Amarillo Peso: 22 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 116 FR: 26 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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 T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 572

NOMBRE DE LA MASCOTA: Zeus ESPECIE: CANINA X° FELINA____

Yo, Maribel Gonzalez identificado con C.C. No: 39 635 207

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.

Maribel González
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 39635207

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 573 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Marlen Aguilar

Dirección: Prados Del Mirador Teléfono: 3206303541 Estrato: 2

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

Sexo: M Edad: 9m Color: Bicolor Peso: 14.2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 117 FR: 25 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 1.4 ml.	Xilacina 0.6 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 1.0 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 T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 573

NOMBRE DE LA MASCOTA: Ramon ESPECIE: CANINA X° FELINA ____

Yo, Marlen Aguilar identificado con C.C. No: 35 415 985

De El paguro, 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.

Marlen Aguilare
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 35 415 985.

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 574 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Patricia Martinez

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3195758703 Estrato:

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

Sexo: H Edad: 1A Color: Tricolor Peso: 3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 140 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Martha Alxon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 574

NOMBRE DE LA MASCOTA: Michi ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

Yo, Patricia Martinez identificado con C.C. No: 35 421 856

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.

Patricia Martinez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35421856

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 575 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Patricia Martinez

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3195758703 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 1A Color: Bicolor Peso: 3.2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 145 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.3 ml.	Xilacina 1 ml.
Ketamina 1 ml.	Ketamina 1 ml.
Propofol 0.2 ml.	Propofol 1 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: _____

Dra. Martha Alixon Huertas
T.P 25269
Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 575

NOMBRE DE LA MASCOTA: Magnu ESPECIE: CANINA ____ FELINA X°

Yo, Patricia Martinez identificado con C.C. No: 39 421 856

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.

Patricia Martinez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 39 421 856

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 576 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Patricio Martinez

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3195758703 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 1A Color: Tricolor Peso: 4.7 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 119 FR: 25 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.5 ml.	Xilacina 1 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.3 ml.	Propofol 1 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 576

NOMBRE DE LA MASCOTA: Crash ESPECIE: CANINA X° FELINA ____

Yo, Patricia Martinez identificado con C.C. No: 35 421 856

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.

Patricia Martinez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35421856

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 577 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Sandra Bustos

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3124503640 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 3A Color: Amarillo Peso: 8 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 116 FR: 25 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.8 ml.	Xilacina 0.25 ml.
Ketamina 1 ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.5 ml.	Propofol 0.25 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 577

NOMBRE DE LA MASCOTA: Shaira ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Sandra Bustos identificado con C.C. No: 52 911 756

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.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 52911756 BTÁ

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 578 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Gladys Salamanca

Dirección: Río Frío Teléfono: 3133717630 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Luna Especie: C Raza: Pinscher

Sexo: H Edad: 3A Color: Bicolor Peso: 2.7 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 ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ___ NO X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	
CLASIFICACIÓN ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 578

NOMBRE DE LA MASCOTA: luna ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Gladys Salamanca identificado con C.C. No: 35 404 965
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.

gladys tesa Sotes
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 35 404 965

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 579 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Gladys Salamanca

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3133712630 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 1A Color: Pardo Peso: 4 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 145 FR: 26 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.4 ml.	Xilacina 1 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.3 ml.	Propofol 1 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 579

NOMBRE DE LA MASCOTA: Mancho ESPECIE: CANINA ____ FELINA X°

Yo, Gladys Salamanca identificado con C.C. No: 35404 965
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. 35 404 965

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 580 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Sandra Cardenas

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3143020007 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 1A Color: Bicolor Peso: 4.5 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 ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI __ NO X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ___ NO X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	
CLASIFICACIÓN ASA I. II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.5 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25/03/26 FICHA N°: 580

NOMBRE DE LA MASCOTA: Morocho ESPECIE: CANINA ____ FELINA X°

Yo, Sandra Cardenas identificado con C.C. No: 1075654219

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. 1075654219

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 581 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Blanca Delgado

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3202897476 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1A Color: Tricolor Peso: 2.3 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 ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ___ NO X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	
CLASIFICACIÓN ASA (I.) II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 581

NOMBRE DE LA MASCOTA: Haily ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

Yo, Blanca Delgado identificado con C.C. No: 35 426 084

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.: 35.426.084 Zipa

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 582 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Juan Pinilla

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3102364066 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1A Color: Amarillo Peso: 16 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 112 FR: 26 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía 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: Dr. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 582

NOMBRE DE LA MASCOTA: Lola ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Ivan Pinilla identificado con C.C. No: 79 158 853

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.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 79158853

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 583 Fecha 25-02-26 Veterinario

Nombre del propietario Ana Garnica

Dirección: Cuartelito Teléfono: 3202813041 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 8m Color: Pardo Peso: 3-6 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 140 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 583

NOMBRE DE LA MASCOTA: Coco ESPECIE: CANINA ____ FELINA X°

Yo, Ana Garnica identificado con C.C. No: 35 402 811

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.

Ana Garnica

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35 402 811

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 584 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Rosa Fandiño

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3005656757 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 2A Color: Pardo Peso: 4,2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 140 FR: 22 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 584

NOMBRE DE LA MASCOTA: Simon ESPECIE: CANINA ____ FELINA X°

Yo, Rosa Fandiño identificado con C.C. No: 35 402 261

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.

Rosa Maria de Pulido
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35402261

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 585 Fecha _____ Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario Rosa Fandiño

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3005656757 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 9 m Color: Bicolor Peso: 5,7 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 117 FR: 22 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.6 ml.	Xilacina 1 ml.
Ketamina \ ml.	Ketamina \ ml.
Propofol 0.5 ml.	Propofol 1 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 585

NOMBRE DE LA MASCOTA: Milú ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Rosa Fandiño identificado con C.C. No: 35 402 261

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.

Rosa Maria f de Pulido
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35 402 261

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 586 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Isabel Lampea

Dirección: Alto del Aguila Teléfono: 3196251188 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 6m Color: Beige Peso: 8.8 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 113 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía

Xilacina 0.9 ml.

Ketamina 1 ml.

Propofol 0.6 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Ketamina 1 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. Francisco Daza
T.P 06408
Médico Veterinario Cirujano:

Dra. Martha Alixon Huertas
T.P 25269
Médico Veterinario Anestesiólogo:

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 586

NOMBRE DE LA MASCOTA: Sirila ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Isabel Lampiea identificado con C.C. No: 35402406

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.

Isabel Lampiea
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35402406

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 587 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Cristina Warneg

Dirección: Ventalarga Teléfono: 3016086270 Estrato: 2

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

Sexo: H Edad: 1A Color: Negro Peso: 11.6 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.8 FC: 116 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 1.2 ml.	Xilacina 0.5 ml.
Ketamina 1 ml.	Ketamina 1 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 587

NOMBRE DE LA MASCOTA: Victoria ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Cristina Wagner identificado con C.C. No: 35417902

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.

cristina wagner
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35417402

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 588 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Laura Espejo

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3208877193 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 8m Color: Bicolor Peso: 8.4 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 117 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.9 ml.	Xilacina 0.4 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.6 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 588

NOMBRE DE LA MASCOTA: Oreo ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Laura Espejo identificado con C.C. No: 1076738063

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.

Laura Espejo
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1076738063.

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 589 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario laura Espejo

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3208877193 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 7m Color: Bicolor Peso: 3. Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 141 FR: 26 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía

Xilacina 0.3 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.2 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 1 ml.

Ketamina / 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 589

NOMBRE DE LA MASCOTA: Lola ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Laura Espejo identificado con C.C. No: 1076738063

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.

Laura Espejo
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1076738063.

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 590 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Luis Castro

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3273153516 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1A Color: Amarillo Peso: 19 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 117 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 1.9 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

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 590

NOMBRE DE LA MASCOTA: Kira ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Luis Castro identificado con C.C. No: 80545349

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. 80 545 349

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 591 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Luis Castro

Dirección: Rio Frio Teléfono: 321 315 35 16 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1A Color: Amarillo Peso: 8.2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 117 FR: 26 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía 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

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 591

NOMBRE DE LA MASCOTA: Bella ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Luis Castro identificado con C.C. No: 80545349

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.

80 545 349

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 592 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Luis Castro

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3213153516 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 8m Color: Negro Peso: 7 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 116 FR: 26 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía 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 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 592

NOMBRE DE LA MASCOTA: Borona ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Luis castro identificado con C.C. No: 80545349

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. 80545349

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 593 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Margot Warneg

Dirección: Ventalarga Teléfono: 3004085096 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 7m Color: Negro Peso: 11.2 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 116 FR: 26 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25/03/26 FICHA N°: 593

NOMBRE DE LA MASCOTA: Fortuna ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Margot Warneg identificado con C.C. No: 35409757

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. 35409757

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 594 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Jackeline Alfonso

Dirección: Alto Del Aguila Teléfono: 3124116434 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 8m Color: Bicolor Peso: 3.1 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 140 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.3 ml.	Xilacina / ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.7 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25/03/26 FICHA N°: 594

NOMBRE DE LA MASCOTA: Michi ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

Yo, Jackeline Alfonso identificado con C.C. No: 35421413

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.

Jackeline Alfonso S.
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35421413.

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 595 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Jhonny Gomez

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3134334808 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1 año Color: Bicolor Peso: 2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 141 FR: 22 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 595

NOMBRE DE LA MASCOTA: Mira ESPECIE: CANINA ____ FELINA H

Yo, Jhonny Gomez identificado con C.C. No: 1075659717

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. 1075659717

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 596 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Sonia Garcia

Dirección: Empalizado Teléfono: 3153161298 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 11 M Color: Bicolor Peso: 3,3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 142 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.3 ml.	Xilacina 1 ml.
Ketamina 1 ml.	Ketamina 1 ml.
Propofol 0.2 ml.	Propofol 1 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 596

NOMBRE DE LA MASCOTA: Dulce ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

Yo, Sonia Garcia identificado con C.C. No: 1070304299

De Coqua, 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.

Sonia Milena Garcia

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1070304299

Coqua.

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 597 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Rosa Fandiño

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3005656757 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 2 A Color: Bicolor Peso: 4,2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 145 FR: 22 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía 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: _____

Dra. Martha Alxon Huertas
T.P 25269

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 597

NOMBRE DE LA MASCOTA: Romeo ESPECIE: CANINA ____ FELINA X°

Yo, Rosa Fandiño identificado con C.C. No: 35402261

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.

Rosa Maria Fde Pulido
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35402261

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 598 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Fundacion Voz Animal

Dirección: Algarra 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 1 Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 10 M Color: Tricolor Peso: 3 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 140 FR: 22 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesía

Xilacina 0.3 ml.

Ketamina 1 ml.

Propofol 0.2 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 1 ml.

Ketamina 1 ml.

Propofol 1 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 598

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 1 ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

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

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 599 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Fundacion Voz Animal

Dirección: Algarra 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 2 Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 7m Color: Pardo Peso: 2.4 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 140 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 599

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 2 ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

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

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 600 Fecha 25-03-26 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: 6 m Color: Pardo Peso: 3.1 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 142 FR: 26 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 600

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 3 ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

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

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 601 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 4 Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 8m Color: Bicolor Peso: 3.2 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 145 FR: 21 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Martha Alxon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-2026 FICHA N°: 601

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 4 ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

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

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 602 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 5 Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 9m Color: Bicolor Peso: 3.4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 140 FR: 22 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Martina Arxon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-2026 FICHA N°: 602

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 5 ESPECIE: CANINA____FELINA X

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

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 603 Fecha 25-03-26 Veterinario Dr. Francisco Daza T.P 06408

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algara 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 6 Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 7m Color: Pardo Peso: 2.4 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 ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ___ NO X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	
CLASIFICACIÓN ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-2026 FICHA N°: 603

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 6 ESPECIE: CANINA____FELINA X

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

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza TP.22926

Ficha No. 604 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 1 Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 9m Color: Bicolor Peso: 9.7 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 116 FR: 25 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-2026 FICHA N°: 604

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 1 ESPECIE: CANINA X FELINA ____

Yo, Fundacion 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

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 605 Fecha 25-03-26 Veterinario

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algara 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: calle 2 Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 10 m Color: Bicolor Peso: 5.7 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 118 FR: 26 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO:

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.6 ml.	Xilacina 0.25 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.5 ml.	Propofol 0.25 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: Dra. Martha Alexandra Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-2026 FICHA N°: 605

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 2 ESPECIE: CANINA X 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

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA Dr. Francisco Daza T.P 06408

Ficha No. 606 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación voz Animal

Dirección: Algama 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: calle 3 Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 10m Color: Negro Peso: 10.1 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 114 FR: 21 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-2026 FICHA N°: 606

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 3 ESPECIE: CANINA X 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

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 607 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 4 Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 10m Color: Blanco Peso: 12 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 114 FR: 22 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: ___

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 1.2 ml.	Xilacina 0.5 ml.
Ketamina 1 ml.	Ketamina 1 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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-2026 FICHA N°: 607

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 4 ESPECIE: CANINA X 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

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 608 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundacion Voz Animal

Dirección: Algarra 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 5 Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 1A Color: Bicolor Peso: 13.5 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 ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ___ NO X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS:	
CLASIFICACIÓN ASA: (I) II. III. IV. V. VI. E.	

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 1.4 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

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Marina Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

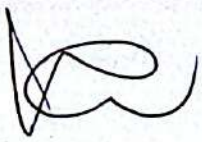
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-2026 FICHA N°: 608

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 5 ESPECIE: CANINA X 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

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 609 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundacion Voz Animal

Dirección: Algarra 3 Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 6 Especie: C Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 1A Color: Negro Peso: 20 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 112 FR: 25 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 2.0 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-2026 FICHA N°: 609

NOMBRE DE LA MASCOTA: Caika 6 ESPECIE: CANINA X 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

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA Dr. Francisco Daza T.P 06408

Ficha No. 610 Fecha 25-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Rogelio Salamanca

Dirección: Rio Frio Teléfono: 3102769017 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 3 A Color: Amarillo Peso: 23,9 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 120 FR: 24 TLLC 2

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

Aptitud para procedimiento quirúrgico: SI: X NO: _____

Preanestesía	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 2.4 ml.	Xilacina 1,1 ml.
Ketamina 1 ml.	Ketamina 1 ml.
Propofol 2,2 ml.	Propofol 1,1 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: Dra. Martha Alixon Huertas T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 25-03-26 FICHA N°: 610

NOMBRE DE LA MASCOTA: Brandón ESPECIE: CANINA X° FELINA____

Yo, Rogelio Salamanca identificado con C.C. No: 11336391
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.

Rogelio Salamanca
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 11.336391

Scanned with CamScanner