FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 378 Fecha 11-03-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Rosa Guayazan

Dirección: La Esmeralda Teléfono: 3102616010 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1A Color: Bicolor Peso: 9.5 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 116 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ___ 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 1.0 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 1.0 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml.

Ketamina / 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 378

NOMBRE DE LA MASCOTA: Zoe ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Rosa Guayazan identificado con C.C. No: 35410560

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 Guayazan P

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35410560

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 379 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Irene Mahecha

Dirección: Altamira Teléfono: 3137746211 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 4A Color: Criollar Peso: 10 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 116 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ___ 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 1.0 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 1.0 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml.

Ketamina / 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 379

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

Yo, Irene Mahecha identificado con C.C. No: 35413435
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.

Irene Mahecha
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 35413435

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 380 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario María Garnica

Dirección: Aposentos Alto Teléfono: 3142366651 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 6m Color: Bicolor Peso: 2.4 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 142 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 0.7 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. Juan G. Herrera T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 380

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

Yo, Maria Garnica identificado con C.C. No: 35 419 197

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. Maria Luz Garnica C.
35419197

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 381 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ana Comba

Dirección: Altamira Teléfono: 3204927790 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 3A Color: Negro Peso: 3.5 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 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 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 381

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

Yo, Ana Comba identificado con C.C. No: 35407050

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.

AnaIsabelComba

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35407050

Powered by CamScanner

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

Ficha No. 382 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ana Comba

Dirección: Altamira Teléfono: 3204922790 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 8m Color: Cafe Peso: 3 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 115 FR: _____ 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 0.3 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

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

Dr. Martha Alixon
T.P 25269
Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 382

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

Yo, Ana Comba identificado con C.C. No: 35407050

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 Isabel Comba

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35407050

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 383 Fecha 11-02-26 Veterinario

Nombre del propietario Ana Comba

Dirección: Altamira Teléfono: 3204922790 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 8m Color: Amarillo Peso: 2,5 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 149 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 — 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 383

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

Yo, Ana Comba identificado con C.C. No: 35407050

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 Isabel comba

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35 407 050

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 384 Fecha 11-3-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Yesid Montero

Dirección: Altamira Teléfono: 3213922691 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 2A Color: Blanco Peso: 7.1 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 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	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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 384

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

Yo, Yesid Montero identificado con C.C. No: 1070304237

De Cogua, 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.

Yesid Montero
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1070304237

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 385 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Julieth Barbosa

Dirección: San Jorge Teléfono: 3105858044 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Blanca 1 Especie: C Raza: criollo

Sexo: H Edad: 4m Color: Blanco Peso: 8.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 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

Xilacina 0.9 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.9 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Ketamina / 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:

Dr. Martha Alixon
Médico Veterinario Anestesiólogo: T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11 - 03- 26 FICHA N°: 385

NOMBRE DE LA MASCOTA: Blanca 1 ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Julieth Barbosa identificado con C.C. No: 1070304503

De Cogua, 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.

Julieth Barbosa

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1070304503

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 386 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario Julieth Barboso

Dirección: San Jorge Teléfono: 3105858044 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Blanca 2 Especie: C Raza: criollo

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

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 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

Xilacina 0.8 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.8 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Ketamina / 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 386

NOMBRE DE LA MASCOTA: Blanca 2 ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo,- Julieth Barbosa identificado con C.C. No: 1070 304 503

De Cogua, 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.

Julieth Barbosa
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1070304503

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 387 Fecha 11-3-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Julieth Barbosa

Dirección: San Jorge Teléfono: 3105858044 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: Barcino Color: 18m Peso: 5 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 111 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

Xilacina 0.5 ml.

Ketamina ____ ml.

Propofol 0.5 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 387

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

Yo, Julieth Barbosa identificado con C.C. No: 1070304503

De Cogua, 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.

Julieth Barbosa
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1070304503

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 388 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Francisco Daza T.P 06408

Nombre del propietario Julieth Barbosa

Dirección: San Jorge Teléfono: 3105875804 4 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 3m Color: Negro Peso: 2.3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 39.5 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 0.3 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: Dr. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 388

NOMBRE DE LA MASCOTA: Negro ESPECIE: CANINA____FELINA_X__

Yo, Julieth Barbosa identificado con C.C. No: 1070304503

De Cogua, 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.

Julieth Babosa
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1070304503

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 389 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario Julieth Barbosa

Dirección: San Jorge Teléfono: 3105858044 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 3m Color: Pardo Peso: 2.2 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 143 FR: 20 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 389

NOMBRE DE LA MASCOTA: Pardo ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Julieth Barbosa identificado con C.C. No: 1070304503

De Cogua, 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.

Julieth Barbosa
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1070304503

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 390 Fecha 11-3-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Julieth Barbosa

Dirección: San Jorge Teléfono: 3105878044 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Blanca 3 Especie: C Raza: criollo

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

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 112 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 0.8 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.6 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 390

NOMBRE DE LA MASCOTA: Blanca 3 ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Julieth Barbosa identificado con C.C. No: 1070304503

De Cogua, 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.

Julieth Barbosa
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1070304503

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 391 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ximena Borray

Dirección: San Jorge Teléfono: 3222340713 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 2A Color: Calico Peso: 2.9 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 0.3 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: Dr. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 391

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

Yo, Ximena Borray identificado con C.C. No: 1075681845
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.

Ximena Borray
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1075681845

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 392 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario Ximena Borray

Dirección: San Jorge Teléfono: 3222340713 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 2A Color: Blanco Peso: 2.8 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 0.3 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 392

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

Yo, Ximena Borray identificado con C.C. No: 1075681845

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.

Ximena Borray

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075681845

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 393 Fecha 11-3-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Jimena Borray

Dirección: San Jorge Teléfono: 3222340713 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 5m Color: Amarillo Peso: 1 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 0.1 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 393

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

Yo, Ximena Borray identificado con C.C. No: 1075681845

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.

Ximena Borray

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075681845

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 394 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Francisco Daza T.P 06408

Nombre del propietario Flor Acevedo

Dirección: Altamira Teléfono: 3166153856 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 4 A Color: Amarillo Peso: 9.2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 116 FR: 24 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ___ 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 / ml.

Propofol 0.9 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Ketamina / 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 394

NOMBRE DE LA MASCOTA: Lila ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Flor Acevedo identificado con C.C. No: 52418156

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.

Flor A.
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 52418156

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 395 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario Stefania Rios

Dirección: Altamira Teléfono: 3138866359 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 3A Color: Pardo Peso: 9.5 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 142 FR: _____ 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 0.4 ml.	Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 395

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

Yo, Stefhania Rios identificado con C.C. No: 1000 470 393

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.

Stefhania Rios

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1000470393

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 396 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Stefania Rios

Dirección: Altamira Teléfono: 3138866359 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 2A Color: Bicolor Peso: 10.6 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 1.1 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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 396

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

Yo, Stephania Rios identificado con C.C. No: 1000 470 393

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.

Stephania Rios
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1000470393

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 397 Fecha 11-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Karen Jimenez

Dirección: San Juanito Teléfono: 3208900230 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Minie Especie: F Raza: Criolla

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

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 142 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ___ NO X	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ___ NO X
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE SI ___ NO X	SISTEMA (S) AFECTADO (S) :
HALLAZGOS ENCONTRADOS: El paciente presenta en utero contenido purulento compatible con prometra, se retira cuarto izquierdo y derecho, y utero sin complicaciones	
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: El propietario retira al paciente bajo su responsabilidad sin que presente reflejos de deglución.

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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 397

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

Yo, Karen Jimenez identificado con C.C. No: 1075679346

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. 1075.679346

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 398 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Francisco Daza T.P 06408

Nombre del propietario Omar Segura

Dirección: San Juanito Teléfono: 313 3202812521 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 7m Color: Negro Peso: 4 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 148 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 0.4 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:

Dr. Martha Alixon
Médico Veterinario Anestesiólogo: T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 398

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

Yo, Omar Segura identificado con C.C. No: 1075672325

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.

Omar fabian segura

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075672325

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 399 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Viviana Barragan

Dirección: Altamira Teléfono: 3138497328 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 10m Color: Bicolor Peso: 23 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 2.3 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 2.0 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 1.1 ml.

Ketamina / 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. Juan G. Herrera T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 399

NOMBRE DE LA MASCOTA: Scooby ESPECIE: CANINA X FELINA

Yo, Viviana Bavagan identificado con C.C. No: 1075656386

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. 1075656386

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA Dra. Laura Abaunza TP.22926

Ficha No. 400 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Sandra Latorre

Dirección: Altamira Teléfono: 3202939008 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 9m Color: Amarillo Peso: 7.5 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 114 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 0.8 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.6 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

Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Cirujano: _____

Dr. Martha Alixon TP 25269

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 400

NOMBRE DE LA MASCOTA: Perla ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Sandra Latorre identificado con C.C. No: 35425200

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

Sandra Latorre
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35425200

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 401 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Francisco Daza T.P 06408

Nombre del propietario Sandra Latorre

Dirección: Altamira Teléfono: 3202939008 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 9m Color: Amarillo Peso: 6.5 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 113 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

Xilacina 0.7 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.5 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. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 401

NOMBRE DE LA MASCOTA: Celeste ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Sandra Latorre identificado con C.C. No: 35425 200

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

Sandra Latorre

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35425200

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 402 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario Juan Pedraza

Dirección: Moliner Teléfono: 3229508941 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 4A Color: Negro Peso: 9. Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 113 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

Xilacina 0.9 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.6 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.3 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. Juan G. Herrera T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 402

NOMBRE DE LA MASCOTA: Negra ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Juan Pedraza identificado con C.C. No: 1076242997

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. 1076242997

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 403 Fecha 11-3-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Juan Pedraza

Dirección: Moliner Teléfono: 3229508941 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 9A Color: Tricolor Peso: 4.7 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

Xilacina 0.5 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.5 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 403

NOMBRE DE LA MASCOTA: Milú ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Juan Pedraza identificado con C.C. No: 1076242997

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. 1076242997

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 404 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Juan Pedraza

Dirección: Molinar Teléfono: 3229508941 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Dixi Especie: CH Raza: criollo

Sexo: H Edad: 3m Color: Bicolor Peso: 1,6 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38,5 FC: 110 FR: 20 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. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 404

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

Yo, Juan Pedraza identificado con C.C. No: 1076242997
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. 1076242997

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 405 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Nohora Sanchez

Dirección: Altamira Teléfono: 3145966050 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 18m Color: Negro Peso: 4.5 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 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

Xilacina 0.5 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 4105

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

Yo, Nohora Sanchez identificado con C.C. No: 1075 656 152

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. 1075656152

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 406 Fecha 11-3-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Nohora Sanchez

Dirección: Altamira Teléfono: 3145966050 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 18m Color: Negro Peso: 4.1 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 144 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

Xilacina 0.4 ml

Ketamina / ml

Propofol 0.3 ml

Anestesia 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 406

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

Yo, Nohora Sanchez identificado con C.C. No: 1075 656 152

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. 1075656152

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 407 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Nohora Sanchez

Dirección: Holiner Altamira Teléfono: 3145966050 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 4 m Color: Bicolor Peso: 2.2 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 142 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 0.2 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. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 407

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

Yo, Nohora Sanchez identificado con C.C. No: 1075 656 152

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. 1075656152

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza TP.22926

Ficha No. 408 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Nohora Sanchez

Dirección: Altamira Teléfono: 3145966050 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 1A Color: Blanco Peso: 27.2kg

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

Xilacina 2.7 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 2-4 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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 408

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

Yo, Nohora Sanchez identificado con C.C. No: 1075656152

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. 1078656152

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 409 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario Nohora Sanchez

Dirección: Altamira Teléfono: 3145966050 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1A Color: Amarillo Peso: 10 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 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 1-0 ml.	Xilacina 0.4 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 1-0 ml.	Propofol 0.4 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 409

NOMBRE DE LA MASCOTA: Canela ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Nohora Sanchez identificado con C.C. No: 1075656152
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. 1075656152

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 410 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Nohora Sanchez

Dirección: Altamira Teléfono: 3145966050 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 10 m Color: Bicolor Peso: 2.9 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 142 FR: 25 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ___ 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

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Cirujano:

Dr. Martha Alixon
T.P 25269

Médico Veterinario Anestesiólogo:

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 410

NOMBRE DE LA MASCOTA: Zoe ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Nohora Sanchez identificado con C.C. No: 1075656152

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. 1075656152

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 411 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Mario León

Dirección: Altamira Teléfono: 3187658293 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1A Color: Gris Peso: 3.1 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 146 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 — 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 411

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

Yo, Nana Leon identificado con C.C. No: 35 410 854

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 Consuelo León

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35.410.854

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 412 Fecha 11-3-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Rosa Arevalo

Dirección: Apasentos Alto Teléfono: 3115683408 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 11m Color: Pardo Peso: 2.2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 412

NOMBRE DE LA MASCOTA: Sol ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Rosa Arevalo identificado con C.C. No: 35422060

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 Arevalo
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35422060

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 413 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario Alejandra Ruiz

Dirección: Holiner Teléfono: 3225220666 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 6m Color: Pardo Peso: 3.6 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 146 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 413

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

Yo, Alejandra Ruiz identificado con C.C. No: 1075652439

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.

Aleja Ruiz C.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075652439

Powered by CamScanner

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

Ficha No. 414 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Alejandro Alonso

Dirección: Altamira Teléfono: 3005450119 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 6m Color: Gris Peso: 2.7 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 0.3 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 414

NOMBRE DE LA MASCOTA: Cielo ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Alejandro Alonso identificado con C.C. No: 1076738868
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.

Alejandro Alonso
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1076738868

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 415 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario Alejandro Alonso

Dirección: Altamira Teléfono: 3005450179 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 6m Color: Gris Peso: 3 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 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 0.3 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 415

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

Yo, Alejandro Alonso identificado con C.C. No: 1076738868

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.

Alejandro Alonso
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1076738868

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 416 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Francisco Daza T.P 06408

Nombre del propietario Charles Cruz

Dirección: Altamira Teléfono: 3023728847 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 6m Color: Carey Peso: 2.8 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.) I. 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: Dr. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 416

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

Yo, Charles Cruz identificado con C.C. No: 1075654757

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.

Charles Cruz.
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075654757

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 417 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Dano Barragan

Dirección: El Porvenir II Teléfono: 3105385916 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 5m Color: Bicolor Peso: 2.6 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 146 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

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

Dr. Martha Alixon
T.P 25269
Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 417

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

Yo, Danna Barragan identificado con C.C. No: 1076737665
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.

Danna Barragán
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1076737665

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 418 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Dana Barragan

Dirección: El Porvenir II Teléfono: 3105385976 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 5m Color: Pardo Peso: 2.3 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 146 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 0.2 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

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

Dr. Martha Alixon
Médico Veterinario Anestesiólogo: T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 418

NOMBRE DE LA MASCOTA: Romeo ESPECIE: CANINA____FELINA X°

Yo, Danna Barragan identificado con C.C. No: 1076737665
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.

Danna Barragan
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1076737665

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 419 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ximena Borray

Dirección: San Jorge Teléfono: 3222340713 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Parda Especie: F Raza: criolla

Sexo: H Edad: 2A Color: Pardo Peso: 2.6 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

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: Dr. Martha Alixon TP 25269

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 419

NOMBRE DE LA MASCOTA: Pardo ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Ximena Borray identificado con C.C. No: 1075681845

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.

XIMENA BORRAY M

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075631845

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 420 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Ximena Borray

Dirección: San Jorge Teléfono: 3222340713 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 4A Color: Carey Peso: 3.2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 142 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 0.3 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

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

Dr. Martha Alixon
Médico Veterinario Anestesiólogo: T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 420

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

Yo, Ximena Borray identificado con C.C. No: 1075681845
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.

Ximena Borray M
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075681845

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Ficha No. 421 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ximena Borroy

Dirección: San Jorge Teléfono: 3222340713 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Princesa Especie: F Raza: Criolla

Sexo: H Edad: 6A Color: Bicolor Peso: 4.5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 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

Xilacina 0.5 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: Dr. Martha Allxon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 421

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

Yo, Ximena Borray identificado con C.C. No: 1075681845

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.

Ximena Borray

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075681845

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 422 Fecha 11-3-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Ximena Borray

Dirección: San Jorge Teléfono: 3222340713 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 5m Color: Negro Peso: 6.1 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 0.6 ml.	Xilacina 0.2 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina 1 ml.
Propofol 0.5 ml.	Propofol 0.2 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 422

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

Yo, Ximena Borray identificado con C.C. No: 1075 681 845

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.

Ximena Borray

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075681845

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 423 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ximena Borray

Dirección: San Jorge Teléfono: 3222340713 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 5m Color: Negro Peso: 6.2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 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

Xilacina 0.6 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.5 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. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 423

NOMBRE DE LA MASCOTA: Negra 2 ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Ximena Borray identificado con C.C. No: 1075 681 845

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.

Ximena Borray
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1075681845

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Ficha No. 424 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ximena Borray

Dirección: San Jorge Teléfono: 3222340713 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Negra 3 Especie: C Raza: criolla

Sexo: H Edad: 5m Color: Negro Peso: 6.3 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 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 0.2 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.5 ml.	Propofol 0.2 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon ~~T.P 25269~~

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 424

NOMBRE DE LA MASCOTA: Negra 3 ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Ximena Borray identificado con C.C. No: 1075 681 845

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.

Ximena Borray

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075681845

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 425 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Sandra Jaimes

Dirección: Moliner Teléfono: 3046801022 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 1A Color: Café Peso: 40 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 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

Xilacina 4.0 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 4.0 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 1.8 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 1.8 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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 425

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

Yo, Sandra James identificado con C.C. No: 1092254551
De San Cayetano, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.

Sandra James
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1092254551

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 426 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Francisco Daza T.P 06408

Nombre del propietario Carolain Castaño

Dirección: San Juanito Teléfono: 3213175432 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1A Color: Bicolor Peso: 3.9 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

Xilacina 0.4 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. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 426

NOMBRE DE LA MASCOTA: Lili ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Carolain Castaño identificado con C.C. No: 65 816 310

De Fresno, 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.

Carolain Castaño G.
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 65816310

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 427 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario Caterine Villamil

Dirección: Villa Marina Teléfono: 3209453490 Estrato: 2

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

Sexo: M Edad: 11m Color: Negro Peso: 3.2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 142 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 0.3 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: Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 427

NOMBRE DE LA MASCOTA: Brook ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Katerine Villamil identificado con C.C. No: 1075660816

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.- 1075660816

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 428 Fecha 11-3-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Damaris Vallejo

Dirección: Altamira Teléfono: 3044376193 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 3A Color: Bicolor Peso: 15 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 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

Xilacina 1.5 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 1.2 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.6 ml.

Ketamina / 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 428

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

Yo, Damaris Vallejo identificado con C.C. No: 1075663751
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. Damaris Vallejo
1075663751

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 429 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ginna Fernandez

Dirección: Altamira Teléfono: 3015489401 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 6m Color: Pardo Peso: 3.7 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 142 FR: 26 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ___ 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. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 429

NOMBRE DE LA MASCOTA: Oliver ESPECIE: CANINA____FELINA X°

Yo, Ginna Fernandez identificado con C.C. No: 1075676078

De El Paguira, 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.

Ginna Fernandez Pano

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075676078

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Ficha No. 430 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ginna Fernandez

Dirección: Altamira Teléfono: 3015489401 Estrato: 1

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

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

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 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 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

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

Dr. Martha Alixon
Médico Veterinario Anestesiólogo: T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-76 FICHA N°: 430

NOMBRE DE LA MASCOTA: lala ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Ginna Fernandez identificado con C.C. No: 1075676078
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.

Ginnfernandez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075676078

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 431 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Luz Lara

Dirección: Aposentos Altos Teléfono: 3142144974 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 6m Color: Bicolor Peso: 3.9 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 0.4 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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 431

NOMBRE DE LA MASCOTA: Susy ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Luz Lara identificado con C.C. No: 33701812

De Chiquinquira, 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 Mar Lara

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 33701812

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 432 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Leidy Quintero

Dirección: Altamira Teléfono: 3008067958 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 5m Color: Amarillo Peso: 7.4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 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

Xilacina 0.8 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.6 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.3 ml.

Ketamina / 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 432

NOMBRE DE LA MASCOTA: Sacha ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Leidy Quintero identificado con C.C. No: 1075662627
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. 1.075.662.627

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Ficha No. 433 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Angelica Gomez

Dirección: Altamira Teléfono: 3202480405 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 6m Color: Calico Peso: 2.2 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 0.2 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 433

NOMBRE DE LA MASCOTA: Machi ESPECIE: CANINA____FELINA____

Yo, Angelica Gomez identificado con C.C. No: 1007717953

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. 1007717953

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 434 Fecha 11-3-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Martha Riveros

Dirección: El Bosque Teléfono: 3144280293 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 8A Color: Barcino Peso: 38 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 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 3.8 ml.	Xilacina 1.7 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 3.5 ml.	Propofol 1.7 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Oblacion Martha Riveros Garcia

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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 434

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

Yo, Martha Riveros identificado con C.C. No: 52 440 788
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.

Martha Riveros Gcv
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 52 440 788

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 435 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Leidy Quintero

Dirección: San Juanito Teléfono: 3225378270 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 10 m Color: Bicolor Peso: 3.9 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 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

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

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

Dr. Martha Alixon
Médico Veterinario Anestesiólogo: T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 435

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

Yo, Leidy Quintero identificado con C.C. No: 1075684382

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 Quintero
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075684382

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 436 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ximena Borray

Dirección: San Jorge Teléfono: 3222340713 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Blanca1 Especie: C Raza: criollo

Sexo: H Edad: 5m Color: Blanco Peso: 6.1 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatologia: Ninguno

Temperatura: 38.4 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

Xilacina 0.6 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.5 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 436

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

Yo, Ximena Borray identificado con C.C. No: 1075681845

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.

Ximena Borray
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075681845

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 437 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ximena Borray

Dirección: San Jorge Teléfono: 3222340713 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 5m Color: Blanco Peso: 5.7 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

Xilacina 0.6 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 437

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

Yo, Ximena Borray identificado con C.C. No: 1075681845

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.

Ximena Borray
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1075681845

Powered by CamScanner

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

Ficha No. 438 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ximena Borray

Dirección: San Jorge Teléfono: 3222340713 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 5m Color: Negro Peso: 5.7 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 112 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 0.6 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: Dr. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 438

NOMBRE DE LA MASCOTA: Negra 3 ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Ximena Borray identificado con C.C. No: 1075681845

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

Ximena Borray

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075681845

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 439 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ximena Borray

Dirección: San Jorge Teléfono: 3222340713 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 5m Color: Negro Peso: 6.2 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 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 0.6 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. Juan G. Herrera T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 439

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

Yo, Ximena Bonay identificado con C.C. No: 1075681845

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.

XIMENA BONAY

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075681845

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA Dra. Laura Abaunza TP.22926

Ficha No. 440 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ximena Borray

Dirección: San Jorge Teléfono: 3222340473 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 8m Color: Bicolor Peso: 9.8 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 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 1.0 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 440

NOMBRE DE LA MASCOTA: Panda ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Ximena Borray identificado con C.C. No: 1075681845
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.

Ximena Borray
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1075681845

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 441 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Sandra Cano

Dirección: San Carlos Teléfono: 3143114479 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1A Color: Pardo Peso: 3 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 142 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 0.3 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: Dr. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 441

NOMBRE DE LA MASCOTA: Tigresita ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Sandra Cano identificado con C.C. No: 39421222

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. 39.421.222

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 442 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Sandra Cano

Dirección: San Carlos Teléfono: 3143114479 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 11m Color: Bicolor Peso: 28.1 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 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

Xilacina 2,8 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 2,6 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. Juan G. Herrera T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 442

NOMBRE DE LA MASCOTA: Luna ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Sandra Cano identificado con C.C. No: 35421222

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. 35.421222

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 443 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Patricia Pacheco

Dirección: Potosi Teléfono: 3144436249 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1A Color: Amarillo Peso: 19.8 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 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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 443

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

Yo, Patricia Pachon identificado con C.C. No: 35413001

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. 3741547

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 444 Fecha 11-08-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Leidy Quintero

Dirección: San Juanito Teléfono: 3225378220 Estrato: ____

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

Sexo: M Edad: 10m Color: Negro Peso: 5.5 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 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 0.2 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.5 ml.	Propofol 0.2 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 444

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

Yo, Leidy Quintero identificado con C.C. No: 1075684382

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 Quintero
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075684382

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 445 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Leidy Quintero

Dirección: San Juanito Teléfono: 3225378220 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 10m Color: Bicolor Peso: 5.7 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 0.6 ml.	Xilacina 0.2 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.5 ml.	Propofol 0.2 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 445

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

Yo, Leidy Quintero identificado con C.C. No: 1075684382
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 Quintero
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075684382

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

MÉDICOS VETERINARIOS

Ficha No. 446 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Celmiro Montaño

Dirección: Holiner Alto Teléfono: 3144546834 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 2A Color: Bicolor Peso: 17 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 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

Xilacina 1.7 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 1.5 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.6 ml.

Ketamina / 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 446

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

Yo, Celmira Montaño identificado con C.C. No: 35413500

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.

Celmira M

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35413500

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

MÉDICOS VETERINARIOS

Ficha No. 447 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Karlis Perez

Dirección: Bolivar Teléfono: 3024526544 Estrato: 2

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

Sexo: M Edad: 6m Color: Gris Peso: 2.2 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 0.2 ml.	Xilacina 1 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 447

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

Yo, Karlis Perez identificado con C.C. No: 22114503

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

Karlis Pérez

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. E-22.114.503

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 448 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Karlis Perez

Dirección: Bolivar Teléfono: 302 4526544 Estrato: 2

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

Sexo: H Edad: 6m Color: Pardo Peso: 2.1 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 144 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 — 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 448

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

Yo, Karlis Perez identificado con C.C. No: 22 114 503

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

Karlis Pérez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. E - 22114503

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 449 Fecha 11-3-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Claudia Rodriguez

Dirección: Tipa Vivienda Teléfono: 3112857858 Estrato: 2

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

Sexo: M Edad: 5A Color: Brolor Peso: 8.5 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.8 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

Xilacina 0.9 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.7 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.35 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.35 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 449

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

Yo, Claudia Rodriguez identificado con C.C. No: 35 412 984
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.

Claudia Jam Rodriguez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35412984

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 450 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Sara Leguizamon

Dirección: Centro Teléfono: 3216989792 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Dalas Especie: C Raza: Border collie

Sexo: H Edad: 3A Color: Bicolor Peso: 19.3 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 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 1.9 ml.	Xilacina 0.8 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 1.6 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

Dra. Laura Abaunza
TP.22926
Médico Veterinario Cirujano:

Dr. Martha Alixon
T.P 25269
Médico Veterinario Anestesiólogo:

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 450

NOMBRE DE LA MASCOTA: Dallas ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Sara leguizamon identificado con C.C. No: 1076736869

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. 1076736869.

Powered by CamScanner

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

Ficha No. 451 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Neyder Bejarano

Dirección: Altamira Teléfono: 3204336821 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 7m Color: Tricolor Peso: 2.1 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 148 FR: 26 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ___ 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. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 451

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

Yo, Neyder Bèjarano identificado con C.C. No: 1075684313
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.

Neyder Bèjarano
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075684313

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 452 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Jorge Alvarado

Dirección: Bosques Teléfono: 3114751562 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 2A Color: Bicolor Peso: 4.1 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 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

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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 452

NOMBRE DE LA MASCOTA: Pedro ESPECIE: CANINA____FELINA X°

Yo, Jorge Alvarado identificado con C.C. No: 11276732
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. 11276732

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 453 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Jessica Guerrero

Dirección: Algarra 111 Teléfono: 3108290403 Estrato: 2

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

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

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 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

Xilacina 1.1 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 1.0 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml.

Ketamina / 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 453

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

Yo, Jessica Guerrero identificado con C.C. No: 1075281867

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.

Jessica

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075281867

Powered by CamScanner

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

Ficha No. 454 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Sofia Cabezas

Dirección: Altamira Teléfono: 3124374009 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 2A Color: Bicolor Peso: 4.4 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 140 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ___ 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 0.4 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. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 454

NOMBRE DE LA MASCOTA: Perseo ESPECIE: CANINA____FELINA X°

Yo, Sofia Cabezas identificado con C.C. No: 1076243135

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.



1076243135.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No.

Powered by CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 455 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Carolina Bravo

Dirección: Moliner Bajo Teléfono: 3214493674 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 2A Color: Negro Peso: 2.9 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 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 0.3 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 455

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

Yo, Carolina Bravo identificado con C.C. No: 25797846

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

Yahtzy Bravo
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 25797846

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 456 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Ana Diaz

Dirección: Maliner Teléfono: 3125883470 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 3A Color: Bicolor Peso: 2.7 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

Xilacina 0.3 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. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 456

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

Yo, Ana Diaz identificado con C.C. No: 35 409 555
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 Rosa Diaz
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 35 409 555

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 457 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Johanna Zamora

Dirección: Bolivar Teléfono: 3142074241 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 4m Color: Brolor Peso: 1.9 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 FC: 142 FR: 25 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ___ 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 457

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

Yo, Johanna Zamora identificado con C.C. No: 35 424 057

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.

Yisbeth Johanna Zamora
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 35424057

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA Dra. Laura Abaunza TP.22926

Ficha No. 458 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Leidy Tatiana Vargas

Dirección: San Juanito Teléfono: 3203455028 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 8m Color: Tricolor Peso: 3.9 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 0.4 ml.	Xilacina — ml.
Ketamina 1 ml.	Ketamina 1 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 458

NOMBRE DE LA MASCOTA: lala ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, leidy Vargas identificado con C.C. No: 1022441609

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.

Leidy F. Vargas

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1022441609

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 459 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Diego Galindo

Dirección: San Antonio Teléfono: 3104410741 Estrato: 2

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

Sexo: H Edad: 9m Color: Gris Peso: 3.4 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 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 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 459

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

Yo, Diego Galindo identificado con C.C. No: 1023367475

De Soacha, 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. 1023367475

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza TP.22926

Ficha No. 460 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Angie Medina

Dirección: Aposentos Alto Teléfono: 3241522862 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 9m Color: Bicolor Peso: 12.4 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 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

Xilacina 1.3 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 1.0 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.4 ml.

Ketamina / 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 460

NOMBRE DE LA MASCOTA: Macha ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Angie Medina identificado con C.C. No: 1003824959
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.

Angie Medina
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1003824959

Scanned with CamScanner

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

Ficha No. 461 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Mirta Bermudez

Dirección: Vd Empalizado Teléfono: 3115899314 Estrato: ____

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

Sexo: H Edad: 6m Color: Bicolor Peso: 8.5 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 0.9 ml.	Xilacina 0.4 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.7 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 461

NOMBRE DE LA MASCOTA: Mona ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Mirta Bermudez identificado con C.C. No: 34941600
De San Marcos, 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. 34014116 00

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 462 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Mirta Bermudez

Dirección: Ud. Empalizado Teléfono: 3115899314 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 6m Color: Bicolor Peso: 10.4 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	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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 462

NOMBRE DE LA MASCOTA: Negris ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Mirta Bermudez identificado con C.C. No: 34941600
De San Marcos, 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. 34941600

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza TP.22926

Ficha No. 463 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Daniela Bonza

Dirección: Altamira Teléfono: 3006490732 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 10m Color: Amarillo Peso: 11.2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 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 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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 463

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

Yo, Daniela Bonza identificado con C.C. No: 1075683062
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.

Nazly Daniela Bonza Sabbagh
Firma del dueño o Responsable

C.C. No.
1075683062

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 464 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Rafael Prieto

Dirección: San Juanito Teléfono: 3103334229 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 8m Color: Bicolor Peso: 3.3 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 0.3 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 464

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

Yo, Rafael Prieto identificado con C.C. No: 3028864

De Cachanciga, 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. 3028864

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 465 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Diana Espinosa

Dirección: Altamira Teléfono: 3015034376 Estrato: 1

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

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

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 142 FR: 26 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ___ 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 465

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

Yo, Diana Espinosa identificado con C.C. No: 1075663308

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. · 1075663308

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 466 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Consuelo Suarez

Dirección: la Libertad Teléfono: 3202616471 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 6m Color: Tricolor Peso: 3.2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 148 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 — 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 466

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

Yo, Consuelo Suarez identificado con C.C. No: 40 034 470

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

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 40034470

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA Dra. Laura Abaunza TP.22926

Ficha No. 467 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Oscar Valero

Dirección: San Carlos Teléfono: 3148663975 Estrato: 2

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

Sexo: M Edad: 11m Color: Bicolor Peso: 4.5 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	Anestesía de sostenimiento
Xilacina 0.5 ml.	Xilacina ⁀ ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.4 ml.	Propofol _____ ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 467

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

Yo, Oscar Valero identificado con C.C. No: 1075650996

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. 1075650996

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 468 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Oscar Valero

Dirección: San Carlos Teléfono: 3143663975 Estrato: 2

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

Sexo: M Edad: 10m Color: Negro Peso: 4.5 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 0.5 ml.	Xilacina ___ ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.4 ml.	Propofol ___ ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 468

NOMBRE DE LA MASCOTA: Chimuelo ESPECIE: CANINA____FELINA X°

Yo, Oscar Valero identificado con C.C. No: 1075650996
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. 1075650996

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 469 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Alexandra Castellanos

Dirección: San Carlos Teléfono: 3002365790 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 5m Color: Pardo Peso: 3.6 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.8 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 0.4 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 469

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

Yo, Alexandra Castellanos identificado con C.C. No: 1075685051

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. 1075685051

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 470 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Francisco Daza T.P 06408

Nombre del propietario Angie Pozo

Dirección: Torres Villa Horrana Teléfono: 3228835895 Estrato:

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

Sexo: H Edad: 5A Color: Bicolor Peso: 22.3 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

Xilacina 2.2 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 2.0 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.9 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.9 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dr. Francisco Daza T.P 06408 / Dr. Martha Alixon T.P 25269

Médico Veterinario Anestesiólogo:

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 470

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

Yo, Angie Pozo identificado con C.C. No: 1075 666 403
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.

Angie Pozo
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1075666403

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 471 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Mayra Robayo

Dirección: Bolivar Teléfono: 3227127814 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 5m Color: Tricolor Peso: 2.8 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 148 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 — 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 471

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

Yo, Maira Robayo identificado con C.C. No: 1022 937775

De Carmen de Carupa, 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.

Maira Robayo
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1022 935775

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 472 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Ruth Jeronimo

Dirección: San Rafael Teléfono: 3209577314 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 16m Color: Gris Peso: 20.1 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.2 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

Xilacina 2.0 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 2.0 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.8 ml.

Ketamina / 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. Juan G. Herrera T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 472

NOMBRE DE LA MASCOTA: Billy ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Ruth Jeronimo identificado con C.C. No: 1063076405
De Sucre, 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.

Ruth Jeronimo
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1063076405

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 473 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Alcaldía Tipaquira

Dirección: San Jorge Teléfono: 3138891363 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Negra 1 Especie: C Raza: criollo

Sexo: H Edad: 3m Color: Negro Peso: 4 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 0.4 ml.	Xilacina — ml.
Ketamina — ml.	Ketamina — ml.
Propofol 0.4 ml.	Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 473

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

Yo, Alcaldia Zipaquira identificado con C.C. No: 1075674470

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. 1075674470

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 474 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Alcaldía Tipaquira

Dirección: San Jorge Teléfono: 3138891363 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Negra 2 Especie: C Raza: Criolla

Sexo: H Edad: 3m Color: Negro Peso: 4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 118 FR: 2 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 0.4 ml.	Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 474

NOMBRE DE LA MASCOTA: Negro 2 ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Alcaldia Zipaquira identificado con C.C. No: 1075674470

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. 1075674470

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 475 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Alcaldía Zipaquira

Dirección: San Jorge Teléfono: 3178891363 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Negra 3 Especie: C Raza: criolb

Sexo: H Edad: 2A Color: Negra Peso: 25 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 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

Xilacina 2-5 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 2-2 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 1.1 ml.

Ketamina / 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 475

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

Yo, Alcaldia Zipaquira identificado con C.C. No: 1075674470
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. 1075674470

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 476 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Ximena Borray

Dirección: San Jorge Teléfono: 3222340713 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 3A Color: Blanco Peso: 19 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 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 ±
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 0.8 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 1.7 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. Juan G. Herrera T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 476

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

Yo, Ximena Borray identificado con C.C. No: 1075681845

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.

Ximena Borray M
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075681845

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 477 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Ximena Borray

Dirección: San Jorge Teléfono: 3222340713 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 4A Color: Cafe Peso: 11 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 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 1.1 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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 477

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

Yo, Ximena Borray identificado con C.C. No: 1075681845
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.

Ximena Borray M
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1075681845

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 478 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Ximena Borray

Dirección: San Jorge Teléfono: Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 2A Color: Café Peso: 16.6 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 116 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 1.7 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 1-5 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 478

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

Yo, Ximena Borray identificado con C.C. No: 1075681845
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.

Ximena Borrayos
Firma del dueño o Responsable
C.C. No: 1075681845

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 479 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Nancy Gaitan

Dirección: Bolivar 83 Teléfono: 3106872299 Estrato: 2

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

Sexo: M Edad: 1A Color: Negro Peso: 4.6 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 142 FR: 27 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ___ 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 0.4 ml.	Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 479

NOMBRE DE LA MASCOTA: Michi ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Nancy Gaitan identificado con C.C. No: 1003527405
De Cajica, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1003 527405

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 480 Fecha 11-3-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Valentina Heredia

Dirección: Altamira Teléfono: 3118958831 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 2A Color: Negro Peso: 6.9 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 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 0.7 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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 480

NOMBRE DE LA MASCOTA: Luna ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Valentina Heredia identificado con C.C. No: 1033112060
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. 1033112060.

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

MÉDICOS VETERINARIOS SIN FRONTERAS

Ficha No. 481 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundacion Voz Animal

Dirección: Algarra III Teléfono: 310 2508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 12 Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 2A Color: Blanca Peso: 3.5 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 0.4 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11/03/2026 FICHA N°: 481

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 12 ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

Yo, M Cristina Calderon identificado con C.C. No: 21 068 884

De Usaquen, 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. 900239677

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 482 Fecha 11-3-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Juan Martinez

Dirección: Altos Villa Maria Teléfono: 3203725946 Estrato:

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

Sexo: M Edad: 2A Color: Amarillo 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 / 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 482

NOMBRE DE LA MASCOTA: Michu ESPECIE: CANINA____FELINA X°

Yo, Juan Martinez identificado con C.C. No: 1075660161

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. 1075660161

Scanned with CamScanner

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

MÉDICOS VETERINARIOS SIN FRONTERAS

Ficha No. 483 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Juan Martinez

Dirección: Altos Villa Maria Teléfono: 3203725946 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1A Color: Bicolor Peso: 2.3 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 142 FR: 25 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ___ NO ___	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

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

Dr. Martha Alixon
T.P 25269
Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 483

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

Yo, Juan Martinez identificado con C.C. No: 1075660161

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. 1075660161

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 484 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Rocio Castro

Dirección: Altamira Teléfono: 3208901946 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 2A Color: Amarillo Peso: 4.9 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 142 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 — ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.4 ml.	Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 484

NOMBRE DE LA MASCOTA: Tom ESPECIE: CANINA____FELINA__X°

Yo, Rocio Castro identificado con C.C. No: 1075650906

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.

ROCIO CASTRO
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1075.650.906

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 485 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Leidy Castellanos

Dirección: Salinas 11 Teléfono: 3142627883 Estrato: 1

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

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

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 141 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 — ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.2 ml.	Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Médico Veterinario Cirujano: _____

Dr. Martha Alixon
T.P 25269

Médico Veterinario Anestesiólogo: _____

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 485

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

Yo, Leidy Castellanos identificado con C.C. No: 1054252286

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

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1.054.252.286

Scanned with CamScanner

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

Ficha No. 486 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Claudia Cruz

Dirección: Altamira Teléfono: 3134755040 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 2A. Color: Tricolor Peso: 4.6 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 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. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 486

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

Yo, Claudia Cruz identificado con C.C. No: 52 385 720

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.

Claudia Patricia Cruz
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 52385720

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Ficha No. 487 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Gladys Pacalagua

Dirección: San Juanito Teléfono: 3134448065 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 6A Color: Bicolor Peso: 13.9 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

Xilacina 1.4 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 1.2 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.6 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.6 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 487

NOMBRE DE LA MASCOTA: Campana ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Gladys Pacalagua identificado con C.C. No: 35425625
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 Pacalagua
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 35425625

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA Dra. Laura Abaunza TP.22926

Ficha No. 488 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Gladys Pacalagua

Dirección: San Juanito Teléfono: 3134448065 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Dante Especie: C Raza: criolla

Sexo: M Edad: 8m Color: Blanco Amarillo Peso: 8.7 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 0.9 ml.	Xilacina 0.4 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.7 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 488

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

Yo, Gladys Pacalagua identificado con C.C. No: 35425625
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 Pacalagua
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 35425625

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 489 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Elkin Walleros

Dirección: San Juanito Teléfono: 3133916365 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 8A Color: Bicolor Peso: 32 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 3.2 ml.	Xilacina 1.4 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 3.0 ml.	Propofol 1.4 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 489

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

Yo, Elkin Gualteros identificado con C.C. No: 1075682614

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. 1075682614

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 490 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Claudia Cruz

Dirección: A Hamra Teléfono: 3134755040 Estrato: 2

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

Sexo: H Edad: 2A Color: Negro Peso: 4.1 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 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 0.4 ml.	Xilacina — ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.4 ml.	Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 490

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

Yo, Claudia Cruz identificado con C.C. No: 52385720

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.

Claudia Patricia Cruz

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 52385720

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 491 Fecha 11-3-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Angie Vargas

Dirección: Primero Mayo Teléfono: 3103127193 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 3A Color: Bicolor Peso: 8.3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 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 0.8 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 491

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

Yo, Angie Vargas identificado con C.C. No: 1075676602
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.

Angie Vargas
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1075·676602

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 492 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Lina Montaño

Dirección: Algarra 111 Teléfono: 3187828653 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 10m Color: Pardo Peso: 3.2 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 0.3 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 492

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

Yo, Lina Montaño identificado con C.C. No: 1031142594

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. 1031142594

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 493 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra III Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 13 Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 1A Color: Negro Peso: 2.9 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 144 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 0.3 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: Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 493

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 13 ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

Yo, M cristina Calderon identificado con C.C. No: 21 068 884

De Usaquen, 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

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 494 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra III Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

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

Sexo: H Edad: 5A Color: Bicolor Peso: 20.1 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 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 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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 494

NOMBRE DE LA MASCOTA: 'calle 1 ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Maistna Calder identificado con C.C. No: 21.068 884

De Usaquen, 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. 495 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Fundacion Voz Animal

Dirección: Algarro III Teléfono: 3107508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 2 Especie: C Raza: Pitbull

Sexo: H Edad: 1A Color: Cafe Peso: 18 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.1 FC: 116 FR: 21 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ___ 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 1.8 ml.	Xilacina 0.7 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 1.6 ml.	Propofol 0.7 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 495

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

Yo, M Cristina Calderon identificado con C.C. No: 21 068 884
De Usaquen, 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. 496 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra III Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 3 Especie: C Raza: Pitbull

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

Xilacina 2.1 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 2.0 ml.

Anestesía de sostenimiento

Xilacina 0.8 ml.

Ketamina / ml.

Propofol 0.8 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguna

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon ~~T.P 25269~~

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 496

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

Yo, Hcristina Calderon identificado con C.C. No: 21.068 884
De Usaquen, 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.

Calderon

Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 21068884
900234677-5

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza TP.22926

Ficha No. 497 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Fundacion Voz Animal

Dirección: Algarra III Teléfono: 3102508310 Estrato: 2

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

Sexo: M Edad: 4A Color: Negro Peso: 22.5 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 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 ✓	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 2.3 ml.	Xilacina 0.9 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 2.0 ml.	Propofol 0.9 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 497

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 4 ESPECIE: CANINA X° FELINA____

Yo, Marstina Caldero identificado con C.C. No: 21 068 884

De Usaquen, 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.

Caldero.

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. 498 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra III Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

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

Sexo: H Edad: 2años Color: Negro Peso: 3.2 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 ✓	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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 498

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 5 ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

Yo, Mcristina Calderon identificado con C.C. No: 21 068 884
De USaquen, 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. 499 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra III Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: calle 6 Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: SA Color: Tricolor Peso: 3.8 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 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 0.4 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 499

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 6 ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

Yo, M Cristina Calderon identificado con C.C. No: 21 068 884

De Usaquen, 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. 9002 34677-5

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 500 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra III Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 7 Especie: F Raza: criollo

Sexo: H Edad: 2A Color: Pardo Peso: 2.9 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 0.3 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 500

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 7 ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

Yo, Mcristina Calderon identificado con C.C. No: 21 068 884

De Usaquen, 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. 501 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra III Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 8 Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 6m Color: Bicolor Peso: 2.1 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 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

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. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 501

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 8 ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

Yo, M Cristina Calderon identificado con C.C. No: 21068 884

De Usaquen, 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. 502 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra III Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 9 Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 6m Color: Bicolor Peso: 1.9 1cg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 140 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ___ 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 1 ml.	Ketamina 1 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 502

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 9 ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

Yo, Hanstina Calderon identificado con C.C. No: 21 068 884

De Usaquen, 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.

Calderon

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1002 346 77 - 5

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 503 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra III Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle 10 Especie: F Raza: Criollo

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

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 240 FR: 26 TLLC X

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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 503

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 10 ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

Yo, Maristina Calderon identificado con C.C. No: 21 068 884

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

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 900 234 677-5

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. SOY Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Fundación Voz Animal

Dirección: Algarra III Teléfono: 3102508302 Estrato: 2

Nombre de la mascota: Calle11 Especie: F Raza: Criollo

Sexo: H Edad: 8m Color: Bicolor Peso: 2.4 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 141 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

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: Dr. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 504

NOMBRE DE LA MASCOTA: Calle 11 ESPECIE: CANINA ____ FELINA X

Yo, M Cristina Calderon identificado con C.C. No: 21 068 884

De Usaquen, 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.

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 505 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Clara Otalora

Dirección: Potosí Teléfono: 3018295226 Estrato: 2

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

Sexo: H Edad: 6m Color: Calico Peso: 3.3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 148 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 — 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 505

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

Yo, Clara Otalora identificado con C.C. No: 35418374
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 Clara Otalora
C.C. No. 35418374

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 506 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Ginna Sanchez

Dirección: Porvenir II Teléfono: 3023783417 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 8m Color: Negro Peso: 26 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 2.6 ml.	Xilacina 1.1 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / 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

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Médico Veterinario Cirujano:

Médico Veterinario Anestesiólogo:

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 506

NOMBRE DE LA MASCOTA: Negra ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Gina Sanchez identificado con C.C. No: 1075676254

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. 1075676254 .

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 507 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Delsy Gonzalez

Dirección: Bolivar 83 Teléfono: 3112822600 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 3 años Color: Bicolor Peso: 4,6 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: _____ 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 0.4 ml.	Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 507

NOMBRE DE LA MASCOTA: Pacho ESPECIE: CANINA____FELINA X°

Yo, Deisy Gonzalez identificado con C.C. No: 1051184445
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.

Deisy Jimena Gonzalez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1051184445

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 108 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Deisy Gonzalez

Dirección: Bolivar 83 Teléfono: 3112822600 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1 año Color: Bicolor Peso: 3.1 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: _____ 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 508

NOMBRE DE LA MASCOTA: Princesa ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Deisy Gonzalez identificado con C.C. No: 1051184445

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.

Deisy Jimena Gonzalez

Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1051184445

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 509 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Mileidis Pedroza

Dirección: Villa Maria Teléfono: 3209190378 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 18m Color: Bicolor Peso: 5.3 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 143 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 0.5 ml.	Xilacina — ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.4 ml.	Propofol — ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

Dra. Laura Abaunza
TP.22926
Médico Veterinario Cirujano:

Dr. Martha Alixon
Médico Veterinario Anestesiólogo: T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 509

NOMBRE DE LA MASCOTA: Pepe ESPECIE: CANINA____FELINA X°

Yo, Mileidis Pedrozo identificado con C.C. No: 1003 086 720
De Chimichagua, 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.

Mileidis Pedrozo
Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1003086720.

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

MÉDICOS VETERINARIOS SIN FRONTERAS

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 510 Fecha 21-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Doris Susana Rodriguez

Dirección: Villa Maria Teléfono: 3014211829 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 8m Color: amarillo Peso: 4.9 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.3 FC: 112 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 0.5 ml.	Xilacina 0.2 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.5 ml.	Propofol 0.2 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 510

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

Yo, Doris Rodriguez identificado con C.C. No: 35 411 106
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. 35411106

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

MÉDICOS VETERINARIOS SIN FRONTERAS

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 511 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Catalina leon

Dirección: Codito Teléfono: 3142483880 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 3 m Color: Amarillo Peso: 1.1 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 FC: 140 FR: 22 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ___ 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 0.1 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: Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 511

NOMBRE DE LA MASCOTA: Michi ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Catalina Leon identificado con C.C. No: 1003823020

De El Rosal, 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. 1003823020

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 512 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Sofia Vega

Dirección: Bolivar 83 Teléfono: 3115702241 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 4 meses Color: Bicolor Peso: 3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 146 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 0.3 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11.03.26 FICHA N°: 512

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

Yo, Sofia Vega identificado con C.C. No: 1076740500

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. 1076740500

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 513 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Sofia Vega

Dirección: Bolivar 83 Teléfono: 3115702241 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1 año Color: Bicolor Peso: 3 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 146 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. Francisco Daza T.P 06408

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 513

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

Yo, Sofia Vega identificado con C.C. No: 1076740500

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. 1076740500

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

MÉDICOS VETERINARIOS SIN FRONTERAS

Ficha No. 514 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario Sofia Vega

Dirección: Bolivar 83 Teléfono: 3115702241 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 4 meses Color: Tricolor Peso: 3 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.4 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 — 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: ___

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 514

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

Yo, Sofia Vega identificado con C.C. No: 1076740503

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. 1076740503

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

MÉDICOS VETERINARIOS SIN FRONTERAS

Dra. Laura Abaunza TP.22926

Ficha No. 515 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Johanna Suarez

Dirección: America 500 Teléfono: 3027195511 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 6 años Color: Bicolor Peso: 5 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 FC: 114 FR: 24 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ___ 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 0.2 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.5 ml.	Propofol 0.2 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 515

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

Yo, Johana Suarez identificado con C.C. No: 1075670169

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.

Johana Suárez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075670169

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

MÉDICOS VETERINARIOS SIN FRONTERAS

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 516 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Johanna Suarez

Dirección: America 500 Teléfono: 3027195511 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 2años Color: Tricolor Peso: 7 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.5 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 0.7 ml.	Xilacina 0.2 ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.5 ml.	Propofol 0.2 ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: Ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 516

NOMBRE DE LA MASCOTA: Kiara ESPECIE: CANINA X FELINA____

Yo, Johana Suarez identificado con C.C. No: 1075670169

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.

Johana Suárez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1075670169

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 517 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Paola Gomez

Dirección: San Juancho Teléfono: 3026491918 Estrato: 1

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

Sexo: M Edad: 2 A Color: Tricolor Peso: 14 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 115 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. Juan G. Herrera T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 517

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

Yo, Paola gómez identificado con C.C. No: 1007273873
De Choachi, 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 Gómez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No: 1007273873

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

MÉDICOS VETERINARIOS SIN FRONTERAS

Ficha No. 518 Fecha 11-3-26 Veterinario Dra. Laura Abaunza TP.22926

Nombre del propietario Pada Gomez

Dirección: San Juanito Teléfono: 3026491918 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 3 A Color: Bicolor Peso: 2 Kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 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 0.2 ml.	Xilacina / ml.
Ketamina / ml.	Ketamina / ml.
Propofol 0.2 ml.	Propofol / ml.

Hallazgos anormales Ninguno

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

Observaciones: ninguno

Recomendaciones: Uso contanstante de collar isabelino

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

Fecha de control: Puntos absorbibles

Médico Veterinario Cirujano: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 518

NOMBRE DE LA MASCOTA: Celeste ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, paola gómez identificado con C.C. No: 1007273873

De chaachi, 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 gómez
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 1007273873

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 519 Fecha 11-3-26 Veterinario

Nombre del propietario Jhonny Vidal

Dirección: Bolivar 83 Teléfono: 3222067940 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Garfit Especie: F Raza: Criolla

Sexo: M Edad: 8 m Color: Bicolor Peso: 3 kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.7 FC: 142 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 — 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 519

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

Yo, Jhonny Vidal identificado con C.C. No: 1003844497

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. 1003844497

Scanned with CamScanner

MÉDICOS VETERINARIOS SIN FRONTERAS

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Ficha No. 520 Fecha 11-3-26 Veterinario Dr. Juan G. Herrera T.P 22925

Nombre del propietario Fabiola Villareal

Dirección: Codito Teléfono: 3212227050 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1 AÑO Color: Bicolor Peso: 13 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 1.3 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. Juan G. Herrera T.P 22925

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 520

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

Yo, Fabiola Villareal identificado con C.C. No: 5478047

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

Fabiola villarreal
Firma del dueño o Responsable

C.C. No. 5478047

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

Ficha No. 521 Fecha 11-3-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Olga Morena

Dirección: El Cobito Teléfono: 3105810875 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 5 m Color: Blanco Peso: 2.8 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: Dra. Laura Abaunza TP.22926

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 521

NOMBRE DE LA MASCOTA: Blanquita ESPECIE: CANINA____FELINA X

Yo, Olga Moreno identificado con C.C. No: 52100069

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. 52100069 Bta

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

MÉDICOS VETERINARIOS SIN FRONTERAS

Ficha No. 522 Fecha -26 Veterinario _____

Nombre del propietario Natalia Pulido

Dirección: El codito Teléfono: 3194961220 Estrato: 1

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

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

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: _____ 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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 522

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

Yo, Natoly Pulido identificado con C.C. No: 1001299868
De Bogotá, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, declaro que, al autorizar la esterilización de mi animal de compañía, conozco los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía como son: paros respiratorios, reacciones anafilácticas, hemorragias, complicaciones cardiovasculares, neurológicas e incluso la muerte; además soy consciente y acepto la declinación de realizar exámenes prequirúrgicos para mi animal de compañía. Entiendo cómo se me ha expresado que todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad sin derecho a contravención alguna; además he sido informado(a) sobre los cuidados que debo tener con mi animal de compañía en el post operatorio.

Firma del dueño o Responsable
C.C. No. 1001299868

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Francisco Daza
T.P 06408

Ficha No. 523 Fecha 11-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Jorge Tolosa

Dirección: El codito Teléfono: 3204947286 Estrato: 1

Nombre de la mascota: Lola Especie: f Raza: Criolla

Sexo: H Edad: 6m Color: Negro Peso: 2kj

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: 141 FR: 23 TLLC 2

EXAMEN CLINICO	
AL MOMENTO DE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO SI ___ 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

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 523

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

Yo, Jorge Tolosa identificado con C.C. No: 79297895

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

Firma del dueño o Responsable

C.C. No.

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dra. Laura Abaunza
TP.22926

MÉDICOS VETERINARIOS SIN FRONTERAS

Ficha No. 524 Fecha 11. 03 -26 Veterinario _____

Nombre del propietario Maria Martinez

Dirección: El cobito Teléfono: 3228352283 Estrato: 1

Nombre de la mascota: IVI Especie: F Raza: Criolla

Sexo: H Edad: 2 Años Color: Carey Peso: 4 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: _____

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: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 524

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

Yo, Mario Paula Martinez identificado con C.C. No: 1028485379
De Boacho, 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. 1028485379

Scanned with CamScanner

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

Dr. Juan G. Herrera
T.P 22925

Ficha No. 525 Fecha 11-03-26 Veterinario _____

Nombre del propietario Andrey Martinez

Dirección: El codito Teléfono: 3144442234 Estrato: 1

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

Sexo: H Edad: 1 Año Color: Pardo Peso: 2-8kg

Anamnesis: NO REPORTA, ESTADO GENERAL BUENO.

Sintomatología: Ninguno

Temperatura: 38.6 FC: _____ 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: Juan G. Herr... T... 025

Médico Veterinario Anestesiólogo: Dr. Martha Alixon T.P 25269

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA: 11-03-26 FICHA N°: 525

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

Yo, Andrey Martinez identificado con C.C. No: 1028491104
De Boacha, 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. 1028491104

Scanned with CamScanner