Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS

CPS 589-2025

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2025

Yo Myriam Sanchez, identificado con CC ☑ CE ☐ No. 38869366 de manera expresa, libre, y voluntaria, en pleno uso de mis facultades mentales y actuando en calidad de tutor/cuidador, doy mi consentimiento para que mi animal de nombre Zarigüeya, de especie Felino raza D-P-C y con # de historia clínica: 20, sea hospitalizada por el equipo médico de la clínica operadora **CLINICA VETERINARIA SALUD ANIMAL,** contratada por **UNIÓN TEMPORAL BIENESTAR ENGATIVÁ** en cumplimiento del **CPS 589-2025**, organización aprobada por la supervisión del proyecto para la atención de urgencias durante el desarrollo de este.

Me han explicado que dicha recomendación es la conclusión del análisis de antecedentes suministrados, de los datos de la historia clínica, del examen clínico y pruebas diagnósticas practicadas hasta el momento. Tal determinación está fundamentada en un diagnóstico diferencial de:

Entiendo que debo brindar información adecuada y veraz al equipo médico y de esto dependerá la exactitud del diagnóstico, además consta del seguimiento de las orientaciones que me otorgue el equipo médico para lograr éxito con el tratamiento indicado.

Doy constancia de que se me han explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí, los aspectos relacionados con la condición actual, estudio y tratamiento de la enfermedad, y se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias, las cuales han sido resueltas satisfactoriamente.

También comprendó que durante la hospitalización pueden ser requeridos diversos exámenes y procedimientos. Los cuales acepto en la medida en que sean necesarios para la recuperación. No obstante, en aquéllos que representen un riesgo mayor y en el caso de intervenciones quirúrgicas otorgaré mi consentimiento cuando me sea suministrada la información necesaria para tomar una decisión. Se me ha explicado también que, de rehusarme a realizar los exámenes diagnósticos, los procedimientos y tratamientos ordenados, estoy asumiendo la responsabilidad por sus consecuencias, con lo que exonero de ellas al equipo asistencial tratante.

Entiendo que el tratamiento intrahospitalario **no garantiza** la resolución de la enfermedad y que la responsabilidad de la Clínica Veterinaria y del equipo de profesionales consiste en colocar todo el conocimiento, pericia y medios técnicos a fin de alcanzar el mejor resultado posible, reconociendo que su actividad será de medios mas no de resultados.

La **CLÍNICA VETERINARIA SALUD ANIMAL** y la **Alcaldía Local de Engativá** no se hacen responsables por la pérdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellos animales que por negligencia del tenedor/cuidador permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificada la salida del paciente sin reclamación del mismo, pasados los cuales la **CLÍNICA VETERINARIA SALUD ANIMAL**, podrán disponer libremente del paciente sin que el propietario o responsable tenga derecho a realizar reclamación alguna en contra del establecimiento o su equipo. **CLÍNICA VETERINARIA SALUD ANIMAL**, tampoco se hacen responsables por el valor de los animales que en consecuencia de la enfermedad o un cuadro infeccioso avanzado no sea posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponible

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS

CPS 589-2025

El presente consentimiento es firmado libre de toda presión de terceros incluyendo los médicos veterinarios y demás personal de la clínica veterinaria. Declaro con mi firma que se me ha informado el pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero a la **CLÍNICA VETERINARIA SALUD ANIMAL** y la **Alcaldía Local de Engativá** de toda responsabilidad civil, legal, contractual y extracontractual en virtud del servicio prestado a mi animal.

Firma:
Nombre tutor/cuidador:
Teléfono fijo:
Celular:
C.C

Firma:
Nombre Médico Veterinario
T.P: 23131

Pablo E. Acosta
Médico Veterinario
Cirujano - Ortopedista
TP. 23131