Alcaldía Local de Engativá

# TRIAGE PARA AUTORIZACIÓN DE INGRESO DE PACIENTE
# PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| BOGOTA D.C | Fecha: 11/12/25 | Hora: 11:59 AM [X] PM [ ] | Nº # 24 |
| Descripción de la solicitud: Abd pendulante, cuado se desparasito estaba llena de parasitos en natural rescate, se agite mucho. | | | |
| Canino [X] Felino [ ] | Macho [ ] Hembra [X] | Nombre: Afrodita | Microchip: |
| Edad: 1 mes 1/2 | Color: Negra | Raza: Mestiza | |
| Dirección: Cra 111 C # 80-20 | Barrio: Ciudadela Colsubsidio. | Localidad: ENGATIVÁ | |

Observaciones Rescatada hace 10 dias.
El abd esta inflamado, se agite se metio en un rincon, se agite mucho, Canino adulto Max bebés, acostado no se levanta, recien rescatado natural fecal con parasito. Cursa de agua normal.
·Desparasitacion Galgocal 200 a los 2 dias otra mitad.
E.F.: ABD pendulante, distension abd, compresión ABD compatible con dolor. 6-lix reactivos, Taquipnea.
Dx DF Parasitosis obstructiva, ascitis.

| | | |
|---|---|---|
| Conductor | Vehículo: | Triage: |

**DATOS DEL SOLICITANTE Y/O TESTIGO**

| | | |
|---|---|---|
| Nombre: | N.º Documento: | Teléfono: |

**CONTRATO N°: 589-2025** | **UNIÓN TEMPORAL BIENESTAR ENGATIVÁ**

Como ciudadano declaró que el canino y/o felino referenciado no es de mi propiedad, fue rescatado y se encuentra en hogar de paso. Lo entrego en las condiciones de salud que indica el médico veterinario en la valoración, para su atención clínica.

Se hace entrega del paciente a **UNIÓN TEMPORAL BIENESTAR ENGATIVÁ** y/o **Clínica Veterinaria Salud Animal** para su respectiva valoración, atención y demás procedimientos de acuerdo con el anexo técnico y demás documentos integrales.

| CIUDADANO / TESTIGO | MÉDICO VETERINARIO |
|---|---|
| NOMBRE: Doris Arieta M | NOMBRE: Jara Vara T |
| CC.: 57.907.508 | T.P: 49592 |
| FIRMA | FIRMA |