Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS

CPS 589-2025

Bogotá D.C., 11 de Dic de 2025

Yo Alonso Amaya, identificado con CC ☒ CE ☐ No. 91.907.501 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 Pichu, de especie Felina raza DPC y con # de historia clínica: 23, 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 comprendo 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

Scanned with CamScanner

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: Gloria Hurtado
Teléfono fijo:
Celular: 3173193234
C.C 51.907.500

Firma:
Nombre Médico Veterinario
T.P: 49394

Scanned with CamScanner

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE EPICRISIS PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS CPS 589-2025

H.C.: 23	**NOMBRE:** MICHU	**ESPECIE:** FELINO
SEXO: MACHO	**PESO:** 1.1 kg	**MICROCHIP:**
RAZA: DPC	**EDAD:** 2 MESES	

MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente es traido Deshidratado con lesiones en cara y nariz, Recibido estable

EXÁMENES, DIAGNÓSTICO, PROCEDIMIENTOS:

Prueba Combinada PCR

Lesiones en cara y entorno de Nariz Costra y

RESUMEN DE TRATAMIENTO:

Antibiotico Fluido Corticoide Se Realiza la Limpieza Antiseptico y Antimicrobiano Se Recibe de Cuidados

CONDICIÓN ACTUAL, PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES:

Se Ordena Aislamiento Se Observa Cuidados

Médico Veterinario:	**TP:** 22131	**FIRMA**

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE HISTORIA CLINICA
URGENCIAS CPS 589-2025

HISTORIA CLÍNICA No.: #23	MICROCHIP: EN CLÍNICA _LECTOR__NO__	FECHA: 11 12 25

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Michu		PESO: 1,1kg
ESPECIE: CANNO ○ FELINO ⊗	RAZA: DPC	EDAD: 3meses SEXO H ○ M ⊗

2. DATOS DE PRESENTACIÓN DE URGENCIA

RESPONSABLE: Gloria Arrieta	QUIÉN DERIVA: Alcaldía	BARRIO: Villa Cut

3. MOTIVO DE CONSULTA

Ha tenido fiebre, tiene en el labio una lesión, inapetente, decaido

4. EXAMEN CLINICO

TEMPERATURA: 39,5	FR. RESPIRATORIA: 23	FR.CARDIACA: 165	TLLC: 3"	CONDICIÓN CORPORAL: 2/5	TRIAGE:

ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta Deprimido ⊗ Estupor Coma	% DESHIDRATACIÓN: 0-5% ⊗ 6-7% ⊗ 8-9% ○
MUCOSAS: Rosa ⊗ Pálidas Congest Ictéricas Cianóticas	ESTADO REPROD: Castrado Entero ⊗ Gestación Lactancia Sin Evidencia

5. DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS ANORMALES

PACIENTE DEPRIMIDO, LESIÓN LABIO SUPERIOR COSTADO DERECHO, SE EXTIENDE AL SURCO NASAL, LESIÓN EN LENGUA PAPILARES/ULCERATIVAS G. FIJA, SUBMANDIBULARES REACTIVOS DH 7-1. HIPERTERMIA

6. ABORDAJE DIAGNÓSTICO

LISTA DE PROBLEMAS	LISTA MAESTRA		DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES (DAMVIT)
1. lesión labio superior / nasal	1	lesión labio	Calicivirus
2. lesión lengua	2	lesión lengua	Herpes virus
3. DEPRESIÓN	3	G. INF retira	Panleucopenia.
4. G. INF Reactiva	4	Inapetencia	
5. Hipertermia	5	Depresión	
6. DH 7-1.	6	DH 7-1.	
7.			

7. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RESULTADOS

EXAMEN	REAZLIZADO	N R	FECHA	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
CH	Si		11/12/25	
Inmunocromatografia	Si		12/12/25	Positivo
Calicivirus, Herpes/panleu	Si		12/12/25	

8. PLAN TERAPÉUTICO INICIAL

9. DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVOS

10. PRONÓSTICO	Bueno ○	Reservado ⊗	Malo ○

FECHA DE CONTROL:

NOMBRE MÉDICO VETERINARIO Y T.P.:	FIRMA
1P 19394	

Scanned with CamScanner

Alcaldía Local de Engativá

TRIAGE PARA AUTORIZACIÓN DE INGRESO DE PACIENTE
PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS

BOGOTA D.C	Fecha: 11/12/25	Hora: 11:56 AM ☒ PM ☐	N° 3

Descripción de la solicitud: Ha tenido fiebre, anoche estaba caliente, tutora le dió Meloxicam 2 gotas, tiene algo en el labio de arriba (absceso)

Canino ☐ Felino ☒	Macho ☒ Hembra ☐	Nombre: MICHU	Microchip:
Edad: 3M	Color: Gris	Raza: DPC	
Dirección: Cra 111 C # 80 - 20	Barrio: Ciudadela Colsubsidio	Localidad: ENGATIVÁ	

Observaciones Permanece acostado, decaido, hace 2 días notó el tema en la boca, llegó de Santa Marta. - Rescatado. Llegó el sábado, estaba jugetón, pero en este momento ha disminuido consumo de alimento, no tenías respiratorios.
Alimento: Agility gold.
Domingo desparasitado: 0,3ml rondel puppy, no externa.
Tx: anoche meloxicam.
E.F Paciente decaido pero reparando el medio y estudio, lesión supero de labio superior se extiende a surco nasal, lesión en lengua papulares. 6.11F sub normotérmica, DH FF Hipertérmia-39,5°
Dx DF Calicivirus / herpesvirus /

Conductor /	Vehículo: /	Triage: 3

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: Gloria Andrea A	NOMBRE: /
CC.: 52.907.50x	T.P: 4739
FIRMA	FIRMA

Scanned with CamScanner

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE PACIENTES DADOS DE ALTA
PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS
CPS 589-2025

El prestador de servicios de Urgencias Veterinarias a través de la clínica operadora **CLINICA VETERINARIA SALUD ANIMAL,** contratada por **UNIÓN TEMPORAL BIENESTAR ENGATIVÁ** en cumplimiento del **CPS 589-2025,** hace entrega del siguiente paciente dado de alta del programa de **URGENCIAS VETERINARIAS.**

FECHA: 13/12/25	ENTREGA No.

HISTORIA CLÍNICA	PACIENTE	ESPECIE	RAZA	EDAD
23	Michu	Felino	D.P.C	2 meses

Condición en la que se entrega el paciente:

- paciente en optimas condiciones

CLINICA VETERINARIA SALUD ANIMAL

MEDICO VETERINARIO :
FIRMA:
TP : 23131

TUTOR RESPONSABLE:

NOMBRE:
FIRMA:
CEDULA:
TELEFONO:
DIRECCION:

Scanned with CamScanner

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE FÓRMULA MÉDICA
PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS
CPS 589-2025

H.C.: #23	NOMBRE: Muchu	ESPECIE: Felino
SEXO: Macho	PESO: 1.1 kg.	MICROCHIP:
RAZA: D.P.C	EDAD: 2 meses	

- Cambio de dieta, Concentrado super Premium de alta calidad, de no ser concentrado consultar con nutricionista veterinario..

- Cefalexina suspencion: Administrar via oral 0.5 ml cada 12 horas por 10 dia, con estomago lleno.

- Fitovet gel: Aplicar sobre el area afectada (nariz) cada 12 horas por 20 dias.

Control en 30 dias, llamar a la clinica para agendar.

NOMBRE TUTOR RESPONSABLE	CC	FIRMA
Gloria Amelia	57.907.125	
NOMBRE MÉDICO VETERINARIO	**T.P:** 23131	**FIRMA Y SELLO**

Scanned with CamScanner

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE EVALUACIÓN Y CONTROL PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS
CPS 589-2025

H.C.: #23	NOMBRE: MICHU	ESPECIE: FELINO
SEXO: MACHO	PESO: 1.1 kg	MICROCHIP:

dd/mm/aa

- Ingresa Paciente Mayor Llevado por. y consigo Historia Clínica

- Con Ficha Clínica se entrevista Propietaria se Realiza Hemograma

Se Evidencia Neutrofilia del 80% y Linfocitosis Absoluta

se opta Realizar en Hospitalización con se DARE VTA c/4 Días en Solución Salina y Cefalexina.

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE FÓRMULA MÉDICA
PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS
CPS 589-2025

H.C.: #23	NOMBRE: Michi	ESPECIE: Felino
SEXO: M	PESO: 1,3kg	MICROCHIP:
RAZA: CruM	EDAD: 2 a	

1) Engystol solución Hi
AD Jeringa vía oral 0.5 ml
CADA 24 Horas POR 10 DIAS

2) Amoxicilina suspensión Uso Humano
250 mg/5ml Hi
AD Jeringa oral 1 ml CADA
8 24 Horas POR 10 DIAS

* Chequeo en 10 días

NOMBRE TUTOR RESPONSABLE	CC	FIRMA
Andrea Acosta A	52.907505	
NOMBRE MEDICO VETERINARIO	**T.P:**	**FIRMA Y SELLO**
	03171	Pablo Médico Veterinario Cirujano - Ortopedista T.P. 23131

Scanned with CamScanner

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO DE PACIENTES DADOS DE ALTA
PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS
CPS 589-2025

El prestador de servicios de Urgencias Veterinarias a través de la clínica operadora **CLINICA VETERINARIA SALUD ANIMAL,** contratada por **UNIÓN TEMPORAL BIENESTAR ENGATIVÁ** en cumplimiento del **CPS 589-2025,** hace entrega del siguiente paciente dado de alta del programa de **URGENCIAS VETERINARIAS.**

FECHA: 16/12/2025	ENTREGA No. 12-1.

HISTORIA CLÍNICA	PACIENTE	ESPECIE	RAZA	EDAD
#23	Michi	Felina	Criolla	2 años

Condición en la que se entrega el paciente:

En buenas condiciones de salud

CLINICA VETERINARIA SALUD ANIMAL

MEDICO VETERINARIO : Pablo E. Acosta
FIRMA: Médico Veterinario Cirujano - Ortopedista TP 23131
TP : TP 23131

TUTOR RESPONSABLE:

NOMBRE: Gloria Arrieta.
FIRMA:
CEDULA: 52.907.504
TELEFONO: 3143193234
DIRECCION: Cra. 111C # 80-20

Scanned with CamScanner

Alcaldía Local de Engativá

FORMATO HOJA DE HOSPITAL UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
URGENCIAS VETERINARIAS CPS 589-2025

Historia Clínica:	Nombre Paciente: Michu	Peso (kg): 1.1kg
Fecha Ingreso: 11/12/25	Fecha Salida:	
Diagnóstico presuntivo: Calazarrs / Herpesvirus / Panleucopenia		

OBSERVACIONES:

Parámetro de Evaluación	11/12/25 6pm	12/12/25 10am	12/12/25 6am	12/12/25 7am	12/12/25 12PM	12/12/25 3pm	12/12/25 6pm	13/12/25 12am	13/12/25 8am	13/12/25 10am				
Temperatura Corporal	39,5	38,8	38,6	38,2	37,6	37,1	38.	38,5	38,2	38°	38			
Frecuencia Cardiaca		140	138	136			—	—	—	—				
Frecuencia Respiratoria		38	36	33			—	—	—	—				
Frecuencia Pulso		FSC	FSC	FSC	FSC	FSC	FSC	FSC	FSC	FSC	FSC			
Color de mucosas		RP	RP	RP	R.P	R.P	R.P	R.P	R.P	R.P	RP			
Apetito		Si	SI	SI	NO	NO	Si	Si	SI	SI	NO			
Sed		Si	SI	SI	NO	NO	Si	Si	SI	SI	NO			
Estado de ánimo		Alerta	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta			
Consist. Heces		SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO			
Vomito		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			
Producción de orina		Si	NO	SI	NO	SI	Si	NO	NO	SI	NO			
Grado de deshidratación		—												

Tratamiento	Vía Admon	Dosis	11/12/25		12/12/25		13/12/25													
Omeprazol 0,5 mg/kg	IV SID	0,13ml	~~3pm~~	—	~~3PM~~	—	3pm													
Ranitidina 20 mg/kg	IV BID	0,04ml	~~3pm~~	~~3pm~~	~~3PM~~	~~3pm~~	3pm													
Keflex 10/10 1 mg/kg	IV SID	0,03ml	~~3pm~~	—	~~3PM~~	—	3pm													
Bolus L-R	IV TID	10mL	~~6pm~~	~~3am~~	~~10am~~	~~7PM~~	~~3pm~~													

Observaciones: