Alcaldía Local de Engativá

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: 17-11-25
JORNADA: Protección
COMUNIDAD: —
PROTECCIONISTA: L
CALLE: —
HX: 171125-001

NOMBRE PACIENTE: Chilindrina
ESPECIE: Canino
RAZA: mestizo
EDAD: 8a
COLOR: Blanco y negro
PESO: Kg 6.0
SEXO: M ( ) H (X)
TENEDOR Y/O TUTOR: Ana Jimenez
C.C.: 39 638 358
CONTACTO: 3112914957
E-MAIL: NR
DIRECCIÓN: CL 77B 113 a 37
BARRIO: Villas de granada
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR
FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X)
FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR
CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 26 rpm F.Cardiaca: 100 lpm T°: 38.2 MUCOSAS: Rosa

TLLC: 2 Seg
CONDICIÓN CORPORAL 3 /5
RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N. E.		NORMAL	ANORMAL	N. E.		NORMAL	ANORMAL.	N. E.
ESTADO GENERAL	—			MÚSCULO ESQUELÉTICO	—			OIDOS	—		
PIEL Y ANEXOS	—			NEUROLOGÍA	—			NARIZ	—		
DIGESTIVO	—			GENITOURIONARIO	—			OJOS	—		
RESPIRATORIO	—			REPRODUCTIVO	—			OTROS	—		
CARDIOVASCULAR	—			LINFOIDE	—						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente no presenta signos ni sintomas compatibles con enfermedad

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

PRONOSTICO: Bueno.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina V. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366
TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

Alcaldía Local de Engativá

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN
VACUNACIÓN	VACUNA DP PUPPY	LOTE:
	VACUNA CACHORROS	LOTE:
	VACUNA PENTAVALENTE	LOTE: 001 /25
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Dogg y cat 119045
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Fiprospray F10D1251
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
VITAMINIZACIÓN		
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		

EDUCACIÓN	Jornadas de sensibilización. y capacitación en tenencia responsable de animales de compañía en espacios públicos.	RECIBIDA SI (X) NO ( )

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que **he recibido y comprendido la información** sobre los procedimientos de **valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes** que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera **libre e informada** los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado **información veraz** sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el **tratamiento de mis datos personales** conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: Ana Lucia Jimenez

CC O PPT: 39638358

Nombre del animal de compañía: Chilindrina ESPECIE: Canino SEXO: H

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno –Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

Alcaldía Local de Engativá

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: 17-11-25
JORNADA: Proteccion
COMUNIDAD: /
PROTECCIONISTA: /
CALLE: /
HX: 171125-002

NOMBRE PACIENTE: Martin
ESPECIE: Canino
COLOR: Dorado
RAZA: Mestizo
PESO: Kg 7.4
EDAD: 6a
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Ana Jimenez
C.C.: 39 638 358
CONTACTO: 3112914967
E-MAIL: NR
DIRECCIÓN: Cl 77 B 113 a 37
BARRIO: Villas de granada
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Castracion
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO ( ) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR
FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X)
FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR NR
CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 26 rpm F.Cardiaca: 98 lpm T°: 37.9 MUCOSAS: Rosa.

TLLC: 1 Seg
CONDICIÓN CORPORAL 3 /5
RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N. E.		NORMAL	ANORMAL	N. E.		NORMAL	ANORMAL.	N. E.
ESTADO GENERAL	=			MÚSCULO ESQUELÉTICO	=			OIDOS	=		
PIEL Y ANEXOS	=			NEUROLOGÍA	=			NARIZ	=		
DIGESTIVO	=			GENITOURIONARIO	=			OJOS	=		
RESPIRATORIO	=			REPRODUCTIVO	=			OTROS			
CARDIOVASCULAR	=			LINFOIDE	=						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sin cambios patologicos aparentes

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

PRONOSTICO: Bueno

Leonardo Guerrero
Universidad Antonio Nariño
Médico Veterinario
TP 46046

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 46046

NSENTIMIENTO: E l arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Politica de Tratamiento y Protección de Datos sonales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación icionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los os personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y mercio.

Alcaldía Local de Engativá

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN
VACUNACIÓN	VACUNA DP PUPPY	LOTE:
	VACUNA CACHORROS	LOTE:
	VACUNA PENTAVALENTE	LOTE: 001 / 25
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Dogg y Cat 119045
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Fiprospray F10D1251
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
VITAMINIZACIÓN		
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		

EDUCACIÓN	Jornadas de sensibilización. y capacitación en tenencia responsable de animales de compañía en espacios públicos.	RECIBIDA SI ✓ NO ○

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he **recibido y comprendido la información** sobre los procedimientos de **valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes** que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera **libre e informada** los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado **información veraz** sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el **tratamiento** de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: Ana Lucia Jimenez

CC O PPT: 39638358

Nombre del animal de compañía: Martín ESPECIE: Canino SEXO: M

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

Alcaldía Local de Engativá

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: 17-11-25
JORNADA: Protección
COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: X
CALLE: ___
HX: 171125-003

NOMBRE PACIENTE: Lolita
ESPECIE: Felino
COLOR: Carey
RAZA: Mestizo.
PESO: Kg 4.8
EDAD: 8a
SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Ana Jimenez
C.C.: 39.638.358
CONTACTO: 3112914957
E-MAIL: NR
DIRECCIÓN: Cl 77B 113a 37
BARRIO: Villas de granada

ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVh
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR
FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X)
FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR
CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 30 rpm F.Cardiaca: 115 lpm T°: 38.4 MUCOSAS: Rosa
TLLC: 2 Seg
CONDICIÓN CORPORAL 3 /5
RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N. E.		NORMAL	ANORMAL	N. E.		NORMAL	ANORMAL.	N. E.
ESTADO GENERAL	—			MÚSCULO ESQUELÉTICO	—			OIDOS	—		
PIEL Y ANEXOS	—			NEUROLOGÍA	—			NARIZ	—		
DIGESTIVO		✓		GENITOURIONARIO	—			OJOS	—		
RESPIRATORIO	—			REPRODUCTIVO	—			OTROS			
CARDIOVASCULAR	—			LINFOIDE	—						

HALLAZGOS ANORMALES

- Gingivoetomatitis crónica felina.
- Sin mas cambios patologicos aparentes.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Engystol
- Enjuague bucal con K-trix.

PRONOSTICO:

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina V. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366
TARJETA PROFESIONAL No. 28366

ONSENTIMIENTO: E l arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos ersonales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación lacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno -- Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del atamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los itos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y omercio.

Alcaldía Local de Engativá

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN
VACUNACIÓN	VACUNA DP PUPPY	LOTE:
	VACUNA CACHORROS	LOTE:
	VACUNA PENTAVALENTE	LOTE:
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE: 004/25
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Dogg y Cat 119045
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Fiprospray F10D125I
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
VITAMINIZACIÓN		
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		

EDUCACIÓN	Jornadas de sensibilización. y capacitación en tenencia responsable de animales de compañía en espacios públicos.	RECIBIDA SI ⊘ NO ○

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he **recibido y comprendido la información** sobre los procedimientos de **valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes** que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera **libre e informada** los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado **información veraz** sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el **tratamiento de mis datos personales** conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: Ana Lucia Jimenez

CC O PPT: 39638358

Nombre del animal de compañía: Lolita ESPECIE: Felino SEXO: H

CONSENTIMIENTO: E l arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio