Alcaldía Local de Engativá

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: 17-11-25
JORNADA: protección
COMUNIDAD:
PROTECCIONISTA: X
CALLE:
HX: 17112S-001

NOMBRE PACIENTE: Canela
ESPECIE: Canino
COLOR: Canela
RAZA: Mestizo
PESO: Kg 16.5
EDAD: 3 a
SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Marianne Romero
C.C.: 1.077.227.971

CONTACTO: 3138412719
E-MAIL: NR

DIRECCIÓN: Cr 120B # 66a - 11
BARRIO: La Faena

ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APARTAMENTO (X) 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 28 rpm F.Cardiaca: 100 lpm T°: 38.3 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 no presento signos ni sintomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

PRONOSTICO: Bueno

Sandra Medina V.
Médica Veterinaria
Universidad de la Salle
T.P. 28366

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 28366

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.

Alcaldía Local de Engativá

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACION
VACUNACIÓN	VACUNA DP PUPPY	LOTE:
	VACUNA CACHORROS	LOTE:
	VACUNA PENTAVALENTE	LOTE: 001125
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	Dogy y cat 119045
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	Fiprospray FL0D1251
	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: _____

CC O PPT: 1077227971

Nombre del animal de compañía: Canela ESPECIE: Canino 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.

Alcaldía Local de Engativá

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

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

NOMBRE PACIENTE: Mia
ESPECIE: Canino
COLOR: Gris blanco
RAZA: Mestizo
PESO: Kg 13.8
EDAD: 3a
SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Marianne Romero
C.C.: 1.077.227.971

CONTACTO: 3138412719
E-MAIL: NR

DIRECCIÓN: Cr 120B # 66a - 11
BARRIO: La Faena

ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APARTAMENTO (X) 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 28 rpm F.Cardiaca: 110 lpm T°: 38.3 MUCOSAS: ROJA.

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 sano, no presento signos ni síntomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

PRONOSTICO: Bueno.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Leonardo Guerrero
Universidad Nacional de Colombia
TARJETA PROFESIONAL No. 46046

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

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)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	Dogg y Cat 114045 ✓
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	FIPROS PRAY FIOD1251 ✓
	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: _____

CC O PPT: 1077287971

Nombre del animal de compañía: Mia ESPECIE: Canino 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.

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: Bongo
ESPECIE: Canino
COLOR: Amarillo
RAZA: Mestizo
PESO: Kg 13.7
EDAD: 2a
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Marianne Romero
C.C.: 1.077.227 971
CONTACTO: 3138412719
E-MAIL: NE
DIRECCIÓN: Cr 120B # 66a - 11
BARRIO: La Faena
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APARTAMENTO (X) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

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

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 26 rpm F.Cardiaca: 98 lpm T°: 38.0 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 no presento signos ni síntomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

PRONOSTICO: Bueno.

Sandra Medina O.
Médica Veterinaria
Universidad de la Salle
T.P. 28366

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ 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 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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN
VACUNACIÓN	VACUNA DP PUPPY	LOTE:
	VACUNA CACHORROS	LOTE:
	VACUNA PENTAVALENTE	LOTE: 001 125
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	Dogg y Cat 11404S
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	Fipropray FLODIZSI
	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: _____

CC O PPT: 1077227971

Nombre del animal de compañía: Bongo 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: 171125-004

NOMBRE PACIENTE: Bolt
ESPECIE: Canino
COLOR: Dorado
RAZA: Mestizo
PESO: Kg 21.3
EDAD: 2a
SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Marianne Romero
C.C.: 1.077.227.971
CONTACTO: 3138412719
E-MAIL: NO reporta
DIRECCIÓN: Cr 120 B # 66a - 11
BARRIO: La Faena.

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

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Castración
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 28 rpm F.Cardiaca: 100 lpm T°: 38.0 MUCOSAS: ROJA

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 no presento signos ni sintomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno.

PRONOSTICO: Bueno

Sandra Medina V.
Médica Veterinaria
Universidad de la Salle
T.P. 28366

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 28360

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

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)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	Dogg y Cat 11904J
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	Fiprospray F10D125J
	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: _____

CC O PPT: 1077227971

Nombre del animal de compañía: Bolt 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: Proteccion
COMUNIDAD:
PROTECCIONISTA: X
CALLE:
HX: 171125-005

NOMBRE PACIENTE: Zeus
ESPECIE: Canino
COLOR: Amarillo
RAZA: Mestizo
PESO: Kg 38.3
EDAD: 5a
SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Mariane Romero
C.C.: 1077.227.971
CONTACTO: 3138412719
E-MAIL: NR
DIRECCIÓN: Cr 120B # 66a - 11
BARRIO: La Faena
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APARTAMENTO (X) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Castracion
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR
FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X)
FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NA
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°: 38.0 MUCOSAS: Rosa
TLLC: 2 Seg
CONDICIÓN CORPORAL 4.5 /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 obeso
- Sin otros cambios patologicos aparentes

PLANES TERAPEUTICOS

- Reducir la racion de alimento en un 20%.
- Aumentar actividad fisica.
- Examenes de control (perfil tiroideo).

PRONOSTICO:
Bueno

Sandra Medina V.
Médica Veterinaria
Universidad de la Salle
T.P. 28366

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ 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 Politica de Tratamiento y Protección de Datos rsonales 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 sar 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 tos 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: 001 125 ✓
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	Dogg y Cat 119045 ✓
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	fiprospray #10D(25) ✓
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: _____

CC O PPT: 1077227971

Nombre del animal de compañía: Zeus 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.