Alcaldía Local de Engativá

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: 25-11-2025
JORNADA: Protección
COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: X
CALLE: ___
HX: 251125-001

NOMBRE PACIENTE: Negra
ESPECIE: Canina
RAZA: Mestiza
EDAD: 15 años
COLOR: Negro Blanca
PESO: Kg 28.5
SEXO: M ( ) H (X)
TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Flor Cruz De Capacho
C.C.: 21069965
CONTACTO: 3208449783
E-MAIL: NO reporta.
DIRECCIÓN: Cll 69 Bis 111A 76
BARRIO: Bolivia
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Esterilización
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 22 rpm F.Cardiaca: 90 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 sano, no presenta signos ni síntomas compatible 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	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)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	DOG 4 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 F1001251
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: Blanca Eney C.

CC O PPT: 21065985

Nombre del animal de compañía: Negra ESPECIE: Canina 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: 25-11-2025
JORNADA: Protección
COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: X
CALLE: ___
HX: 251125-002

NOMBRE PACIENTE: Burbuja
ESPECIE: Canino
COLOR: Apricot
RAZA: Mestizo
PESO: Kg 6.8
EDAD: 14 años
SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Flor Cruz De Capacho
C.C.: 21069965
CONTACTO: 3208449383
E-MAIL: No reporta
DIRECCIÓN: Cll 69Bis 111A 76
BARRIO: Bolivia

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

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: ESV H
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: 98 lpm T°: 37.9 MUCOSAS: Rosa

TLLC: 1 Seg
CONDICIÓN CORPORAL 1.5 /5
RETORNO DE PIEL: 2 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

- Dermatitis alérgica a picadura de pulga
- condicion corporal muy baja.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Subir a la ración de alimento.
- Control mensual de pulgas tanto al canino como al ambiente.
- Completo B.

PRONOSTICO:

Reservado - Bueno

Leonardo Guerrero
Universidad Antonio Nariño
Médico Veterinario
TP. 46046

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 46046.

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	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)	DOG 4 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: Blanca Ey G.

CC O PPT: 21069965

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

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: 25-11-2025
JORNADA: Protección
COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: X
CALLE: ___
HX: 251125-003

NOMBRE PACIENTE: Kira
ESPECIE: Canino
RAZA: Mestizo
EDAD: 15 años
COLOR: Barcino
PESO: Kg 39.6
SEXO: M ( ) H (X)
TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Flor Cruz De Capacho
C.C.: 21069965
CONTACTO: 3208449783
E-MAIL: NO reporta
DIRECCIÓN: Calle 69Bis 111A 76
BARRIO: Bolivia
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: O VH
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 70 rpm F.Cardiaca: 100 lpm T°: 38.0 MUCOSAS: Rosa
TLLC: 2 Seg CONDICIÓN CORPORAL 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 sano no presenta signos ni sintomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

Recomendacion: basar la ración de alimento en un 30%.

PRONOSTICO:
Bueno. Leonardo Guerrero

Universidad Antonio Nariño
Médico Veterinario
TP. 46046

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 46046

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	APLICACIÓN
VACUNACIÓN	VACUNA DP PUPPY	LOTE:
	VACUNA CACHORROS	LOTE:
	VACUNA PENTAVALENTE	LOTE:
	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)	
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 F10D1251
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: Blanca Cruz C.

CC O PPT: 21069965

Nombre del animal de compañía: Kira 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: 25-11-2025
JORNADA: Protección
COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: X
CALLE: ___
HX: 251125-004

NOMBRE PACIENTE: Lupe
ESPECIE: Canino
COLOR: Dorada
RAZA: Mestizo
PESO: Kg 25.3
EDAD: 12 años
SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Flor Cruz De Capacho
C.C.: 21069965
CONTACTO: 3208449783
E-MAIL: No Reporta
DIRECCIÓN: Calle 69 Bis 111A 76
BARRIO: Bolivia

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

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Esterilización
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: 96 lpm T°: 38.0 MUCOSAS: Rosa
TLLC: 1 Seg CONDICIÓN CORPORAL 4 /5 RETORNO DE PIEL: 2 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 presenta signos ni síntomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

Recomendación: Bajar un 20% la ración diaria de alimento

PRONOSTICO: Bueno

Sandra Medina O.
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	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)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	0066 4 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)	1 FIPROSPRAY F1001251
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: Blanca Cruz C.

CC O PPT: 21069965

Nombre del animal de compañía: Lupe 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: 25-11-2025
JORNADA: Protección
COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: X
CALLE: ___
HX: 251125-005

NOMBRE PACIENTE: Muñeca
ESPECIE: Canino
RAZA: Mestiza
EDAD: 12 años
COLOR: Blanco
PESO: Kg 7.1
SEXO: M ( ) H (X)
TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Flor Cruz De Capacho
C.C.: 21069965
CONTACTO: 320 8449983
E-MAIL: NO REPORTA
DIRECCIÓN: Calle 69BIS 111A 76
BARRIO: Bolivia
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Esterilización
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: 100 lpm T°: 38.0 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 sano, no presenta signos ni síntomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

PRONOSTICO: Bueno

Leonardo Guerrero
Universidad Antonio Nariño
Médico Veterinario
TP. 46046

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 46046

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	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)	D066 4 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 F1001251
	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: Blanca Flor

CC O PPT: 21069965

Nombre del animal de compañía: Muñeca 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: 25-11-2025
JORNADA: Protección
COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: X
CALLE: ___
HX: 251125-006

NOMBRE PACIENTE: Lola
ESPECIE: Canino
RAZA: Mestizo
EDAD: 13 años
COLOR: Negro
PESO: Kg 9
SEXO: M ◯ H ⊗

TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Flor Cruz De Capacho
C.C.: 21069965
CONTACTO: 3208449783
E-MAIL: No reporta
DIRECCIÓN: Calle 69Bis 111A 76
BARRIO: Bolivia
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ◯ BARF ◯ MIXTO ⊗ CASERO ◯
AMBIENTE: CALLE ◯ CASA ⊗ APARTAMENTO ◯ TERRAZA ◯ FINCA ◯

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Esterilización
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ◯ ADOPTADO ◯ RESCATADO ⊗ NACIDO ◯
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR
FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ◯ NO ⊗
FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR
CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ⊗ NO ◯
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 22 rpm F.Cardiaca: 98 lpm T°: 37.9 MUCOSAS: ROJA

TLLC: 1 Seg
CONDICIÓN CORPORAL 3 /5
RETORNO DE PIEL: 2 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 presenta signos ni síntomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

PRONOSTICO: Bueno

Leonardo Guerrero
Universidad Antonio Nariño
Médico Veterinario
TP. 46046

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 46046

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	APLICACIÓN
VACUNACIÓN	VACUNA DP PUPPY	LOTE:
	VACUNA CACHORROS	LOTE:
	VACUNA PENTAVALENTE	LOTE: 00125
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	0066 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 F1001251
	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: Blanca Flor Gil

CC O PPT: 21069965

Nombre del animal de compañía: Lola 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: 25-11-2025
JORNADA: Protección
COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: X
CALLE: ___
HX: 251125-007

NOMBRE PACIENTE: Sofi
ESPECIE: Canino
RAZA: Mestiza
EDAD: 14 años
COLOR: Negro
PESO: Kg 21.6
SEXO: M ◯ H ⊗
TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Flor Cruz
C.C.: 21069695
CONTACTO: 3208449783
E-MAIL: NO reporta
DIRECCIÓN: Calle 69 Bis 111A 76
BARRIO: Bolivia
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ◯ BARF ◯ MIXTO ⊗ CASERO ◯
AMBIENTE: CALLE ◯ CASA ⊗ APARTAMENTO ◯ TERRAZA ◯ FINCA ◯

ANAMNESIS

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

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 28 rpm F.Cardiaca: 100 lpm T°: 38.0 MUCOSAS: Rosa
TLLC: 2 Seg CONDICIÓN CORPORAL 4 /5 RETORNO DE PIEL: 2 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 síntomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno
Recomendación: Reducir un poco la ración de alimento (20%.)

PRONOSTICO: Bueno

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina V. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366 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	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)	1 DOG 4 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)	1 FIPROSPRAY F10D1251
	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: Blanca Cruz C.

CC O PPT: 21069695

Nombre del animal de compañía: Sofi 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: 25-11-2025
JORNADA: Protección
COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: X
CALLE: ___
HX: 251125-008

NOMBRE PACIENTE: Roco
ESPECIE: Canino
RAZA: Mestizo
EDAD: 10 años
COLOR: Naranja Blanco
PESO: Kg 27.5
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Flor Cruz De Cepacho
C.C.: 21069965
CONTACTO: 3208449783
E-MAIL: No Reporta
DIRECCIÓN: Calle 69Bis 111A 76
BARRIO: Bolivia
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: NR
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: 110 lpm T°: 37.9 MUCOSAS: Rosadas

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 presenta signos ni sintomas compatibles con enfermedad

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

PRONOSTICO: Bueno

Leonardo Guerrero
Universidad Antonio Nariño
Médico Veterinario
TP 46046

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 46046

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	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)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	D066 4 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 F10D1251
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: 21069965

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

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: 25-11-2025
JORNADA: Protección
COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: X
CALLE: ___
HX: 251125-009

NOMBRE PACIENTE: Tony
ESPECIE: Canino
RAZA: Mestizo
EDAD: 12 años
COLOR: Blanco Café Gris
PESO: Kg 8.5
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Flor Cruz De Capacho
C.C.: 21069965
CONTACTO: 3208449783
E-MAIL: No reporta
DIRECCIÓN: Calle 69 Bis 111A 76
BARRIO: Bolivia
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Esterilización
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: 2 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 presenta signos ni síntomas 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: 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	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)	DOG 4 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: Blanca Flor Cruz

CC O PPT: 24869965

Nombre del animal de compañía: Tony 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: 25-11-2025
JORNADA: Protección
COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: x
CALLE: ___
HX: 251125-016

NOMBRE PACIENTE: Negro
ESPECIE: Canino
COLOR: Negro
RAZA: Mestizo
PESO: Kg 17.1
EDAD: 15 años
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Flor Cruz De Capacho
C.C.: 21068965
CONTACTO: 3208449783
E-MAIL: NO - vapolta
DIRECCIÓN: Calle 69BIS 111A 76
BARRIO: Bolivia
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Esterilización
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 22 rpm F.Cardiaca: 98 lpm T°: 37.9 MUCOSAS: Rosa

TLLC: 2 Seg
CONDICIÓN CORPORAL 4 /5
RETORNO DE PIEL: 2 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 presenta signos ni síntomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

Recomendacion: Reducir racion de alimento en un 20%.

PRONOSTICO: Bueno

Leonardo Guerrero
Universidad Antonio Nariño
Médico Veterinario
TP. 46046

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 46046

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	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)	D066 4 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 F40D1251
	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: Blanca Hoc

CC O PPT: _____

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

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: 25-11-2025 | COMUNIDAD: ___ | PROTECCIONISTA: X | HX: 251125-011

JORNADA: Protección | CALLE: ___

NOMBRE PACIENTE: Lala | ESPECIE: Felino | RAZA: Mestizo | EDAD: 4 años

COLOR: Carey | PESO: Kg 4.3 | SEXO: M ◯ H ⊗

TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Flor Cruz De Capacho | C.C.: 21069965

CONTACTO: 3208449783 | E-MAIL: NO. reporta.

DIRECCIÓN: Calle 69Bis 111A 76 | BARRIO: Bolivia

ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ◯ BARF ◯ MIXTO ⊗ CASERO ◯ | AMBIENTE: CALLE ◯ CASA ⊗ APARTAMENTO ◯ TERRAZA ◯ FINCA ◯

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Esterilización | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ◯ ADOPTADO ◯ RESCATADO ⊗ NACIDO ◯

ENFERMEDADES ANTERIORES: NR

ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR

VERMIFUGACIÓN: SI ◯ NO ⊗ | FECHA: NR

ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ⊗ NO ◯

CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 30 rpm | F.Cardiaca: 100 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 sano, no presenta signos ni síntomas 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. 28 366

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	APLICACIÓN
VACUNACIÓN	VACUNA DP PUPPY	LOTE:
	VACUNA CACHORROS	LOTE:
	VACUNA PENTAVALENTE	LOTE:
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE: 003-25
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	DOG 4 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: Blanca Cruz

CC O PPT: 21069965

Nombre del animal de compañía: Lala 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.

Alcaldía Local de Engativá

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: 25-11-2025
JORNADA: Protección
COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: X
CALLE: ___
HX: 251125-012

NOMBRE PACIENTE: Luz Daro
ESPECIE: Felino
RAZA: Mestizo
EDAD: 8 años
COLOR: Tabby Gris
PESO: Kg 5,5
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Flor Cruz De Capacho
C.C.: 21.069.695
CONTACTO: 320 844 9783
E-MAIL: No reporta.
DIRECCIÓN: Calle 69 Bis 111A 76
BARRIO: Bolivia
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Esterilización
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: 90 lpm T°: 38.0 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 sano, no presenta signos ni síntomas compatibles con enfermedad

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

PRONOSTICO: Bueno

Leonardo Guerrero
Universidad Antonio Nariño
Médico Veterinario
TP. 46046

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ 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:
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE: 003-25
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	✓ DOG 4 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 F1001251
	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: Blanca Gy G.

CC O PPT: 21069965

Nombre del animal de compañía: Luz Daro ESPECIE: Felino SEXO: M

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: 25-11-2025
JORNADA: Protección
COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: X
CALLE: ___
HX: 251125-013

NOMBRE PACIENTE: Chispas
ESPECIE: Felino
RAZA: Mestizo
EDAD: 12 AÑOS
COLOR: Blanco Negro
PESO: Kg 6.
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Flor Cruz De Capacho
C.C.: 21.069.695
CONTACTO: 3208449783
E-MAIL: No reporta
DIRECCIÓN: Calle 69BS 111A 76
BARRIO: Bolivia
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Esterilización
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: 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

- Dermatitis millar acompañado de un piodermia superficial

PLANES TERAPÉUTICOS

- Cefalexina 250mg 0.6 ml cada 8 horas por 7 dias
- Clorhexin shampoo 1 baño semanal dejando actuar 10 minutos.
- Nexgard combo.

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	APLICACIÓN
VACUNACIÓN	VACUNA DP PUPPY	LOTE:
	VACUNA CACHORROS	LOTE:
	VACUNA PENTAVALENTE	LOTE:
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE: ✓ 003-25
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	✓ D0664 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 F1001251
	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: Blanca Cy G:

CC O PPT: 21069965

Nombre del animal de compañía: Chispas ESPECIE: Felino SEXO: M

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.