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: Lola
ESPECIE: canino
RAZA: Mestiza
EDAD: 10 Años
COLOR:
PESO: Kg 7.9
SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Andrea Juliana Camero Herrera
C.C.: 1.014.305.567

CONTACTO: 315 464 1425
E-MAIL: andrea-camero@outlook.es

DIRECCIÓN: Calle 64A 113F 46
BARRIO: Granjas el Dorado

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

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH.
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NO reporta.
ÚLTIMA VACUNACIÓN: pentavalente
FECHA: 24/10/2024.
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X)
FECHA: NO.
ÚLTIMO CELO: No aplica
CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NO

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 28 rpm F.Cardiaca: 100 lpm T°: 38.0 MUCOSAS: Roja

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

Enfermedad periodontal tipo 4

PLANES TERAPÉUTICOS

-Se recomienda realizar profilaxis dental con examenes preqx.
-Realizar higiene oral por lo menos 1 vez por semana.

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)	✓ DOG 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)	✓ FIPRO SPRAY J1001251
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
VITAMINIZACIÓN		
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

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

FIRMA TUTOR: ANDREA CAMERO

CC O PPT: 1014 305 567

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: Proteccion

COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: X
CALLE: ___

HX: 251125-002

NOMBRE PACIENTE: Kira
ESPECIE: Canino
RAZA: Mestizo
EDAD: 9 años
COLOR: Cafe
PESO: Kg 9.6
SEXO: M ◯ H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Andrea Juliana Cameno Herrera
C.C.: 1014305567

CONTACTO: 3154691425
E-MAIL: andrea-cameno@outlook.es

DIRECCIÓN: Cll 64 A 113 46
BARRIO: Granjas el Dorado

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: Convulsiones.
ÚLTIMA VACUNACIÓN: Pentavalente
FECHA: Octubre 2024

VERMIFUGACIÓN: SI (X) NO ◯
FECHA: N/R

ÚLTIMO CELO: - NO aplica
CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ◯

CONSUME MEDICAMENTOS: - NO

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 22 rpm F.Cardiaca: 100 lpm T°: 37.9 MUCOSAS: Rosa

TLLC: 2 Seg
CONDICIÓN CORPORAL 4 /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

- Enfermedad Periodontal Grado II
- Soplo Cardiaco 4/5
- obesidad.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Realizar higiene oral por lo menos 1 vez por semana
- Debe bajar de peso- reducir alimento en un 20% racion diaria
- Se sugiere interconsulta con cardiologia
- Continuar con formula médica anterior.
- Reducir la racion diaria de alimento en un 20%.

PRONOSTICO:

Reservado.

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 001125
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Dogg & 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)	Fipro Spray 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: ANDREA CAMERO

CC O PPT: 1014303567

Nombre del animal de compañía: Kira ESPECIE: Canino SEXO: Hembra

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: Proteccion
COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: X
CALLE: ___
HX: 251125-003

NOMBRE PACIENTE: Moneca	ESPECIE: Canino	RAZA: Mestizo	EDAD: 12 años
	COLOR: Blanco cafe	PESO: Kg 5.8	SEXO: M ◯ H ⊗
TENEDOR Y/O TUTOR: Andrea Juliana Camero Herrera		C.C.: 1014305567	
CONTACTO: 3154691475		E-MAIL: andrea-camero@outlook.es	
DIRECCIÓN: Cll 64 A #3F 46		BARRIO: Granjas El Dorado	
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ◯ BARF ◯ MIXTO ⊗ CASERO ◯		AMBIENTE: CALLE ◯ CASA ◯ APARTAMENTO ⊗ TERRAZA ◯ FINCA ◯	

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH - Hernia
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ◯ ADOPTADO ◯ RESCATADO ⊗ NACIDO ◯
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: pentavalente — FECHA: Oct - 2024
VERMIFUGACIÓN: SI ◯ NO ⊗ — FECHA: N/R
ÚLTIMO CELO: NR — CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ⊗ NO ◯
CONSUME MEDICAMENTOS: — NO

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 22 rpm F.Cardiaca: 90 lpm T°: 37.9 MUCOSAS: ROJA

TLLC: 1 Seg CONDICIÓN CORPORAL 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

- Historial de Garrapatas
- Papilomatosis
- Obesidad.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Enguctol.
- Estar muy atenta a cualquier síntoma como fiebre, decaimiento, palidez de mucosas y consultar
- Reducir la ración diaria de alimento en un 30%.

PRONOSTICO:
Reservado

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Leonardo Guerrero — Universidad Antonio Nariño — Médico Veterinario — TP: 46046 — 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: 001125
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Dogg & Cat 119095
	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 FIOD1251
	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: ANDREA CAMERO

CC O PPT: 1014305567

Nombre del animal de compañía: Muñeca ESPECIE: Canino SEXO: Hembra

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: Tupac
ESPECIE: Canino
RAZA: Mestiza
EDAD: 9 años
COLOR: Café Blanco
PESO: Kg 11.9
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Andrea Juliana Camero Herrera
C.C.: 1.014.305.567
CONTACTO: 3154691425
E-MAIL: andrea-camero@outlook.es
DIRECCIÓN: Calle 64A 113F 46
BARRIO: Granjas El Dorado
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Diarrea hace 1 día
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: Diarrea.
ÚLTIMA VACUNACIÓN: Pentavalente
FECHA: 24/10/2025
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X)
FECHA: N/R
ÚLTIMO CELO: NO aplica
CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NO

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 28 rpm F.Cardiaca: 100 lpm T°: 39.9 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

Enfermedad periodontal tipo 1
Propietaria reporta diarrea con 1 día de evolución

PLANES TERAPÉUTICOS

- Subsalicilato de Bismuto 0.9ml 3 veces al día.
- Metronid. susp. 1 ml c/12 horas x 8 días.

PRONOSTICO:
Bueno

Sandra Medina V.
Médica Veterinaria
FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Universidad de la Salle TARJETA PROFESIONAL No. 28366
T.P. 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:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	✓ 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)	✓ FIPRO SPRY F1001251
	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: ANDREA CAMACHO

CC O PPT: 1014305367

Nombre del animal de compañía: TUPAC 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: 251125-005

NOMBRE PACIENTE: Negro
ESPECIE: Canino
RAZA: Mestizo
EDAD: 7 años
COLOR: Negro
PESO: Kg 13
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Andrea Juliana Camero Herrera
C.C.: 1.014.305.567
CONTACTO: 315 464 14 25
E-MAIL: andrea-camero@outlook.es
DIRECCIÓN: Calle 64A 113F 46
BARRIO: Granjas El Dorado
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Ninguna.
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: No reporta.
ÚLTIMA VACUNACIÓN: Pentavalente
FECHA: 24/10/2024
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X)
FECHA: N/R
ÚLTIMO CELO: NO aplica
CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NO

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 28 rpm F.Cardiaca: 100 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

Pérdida del tono muscular en todo lado derecho de cara y cabeza, reportan paralisis del tren posterior de la cual se recopero.

PLANES TERAPÉUTICOS

Se sugiere interconsulta con neurologia

PRONOSTICO:
Reservado.

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)	✓ 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)	✓ FIPRO SPRAY 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: 1014 305 567 ANDREA CAMERO

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
JORNADA: Proteccion
COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: X
CALLE: ___
HX: 251125-006

NOMBRE PACIENTE: Hans
ESPECIE: Canino
RAZA: Mestizo
EDAD: 7 años
COLOR: Cafe Blanco
PESO: Kg 8.8
SEXO: M X H ○

TENEDOR Y/O TUTOR: Andrea Juliana Camero Herrera
C.C.: 1014305567
CONTACTO: 3154641425
E-MAIL: andrea-camero@outlook.es
DIRECCIÓN: Cll 64A 113 46
BARRIO: Granjas El Porvenir
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ○ BARF ○ MIXTO X CASERO ○
AMBIENTE: CALLE ○ CASA ○ APARTAMENTO X TERRAZA ○ FINCA ○

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: NR
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ○ ADOPTADO ○ RESCATADO X NACIDO ○
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: Pentavalente
FECHA: Oct 2024
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: 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

Enfermedad Periodontal Grado IV
Perdida de Incisivos y caninos superiores e inferiores
Fotosensibilizacion en mucosa nasal

PLANES TERAPÉUTICOS

Se entrega formula medica:
Traumeel
Zeel

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)	Dogg & Catt 719045
	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 F10D1751
	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: ANDREA CAMERO

CC O PPT: 1014 305 367

Nombre del animal de compañía: Hans ESPECIE: Canino SEXO: Macho

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: ZS1125-007

NOMBRE PACIENTE: Centzol | ESPECIE: felino | RAZA: Mestizo | EDAD: 11 Años
COLOR: Gris | PESO: Kg 4.4 | SEXO: M ◯ H ⊗
TENEDOR Y/O TUTOR: Andrea Juliana Camero Herrera | C.C.: 1.014.305.567
CONTACTO: 3154641425 | E-MAIL: andrea-camero@outlook.es
DIRECCIÓN: CLL 64A 113 46 | BARRIO: Granjas El Dorado
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ◯ BARF ◯ MIXTO ⊗ CASERO ◯ | AMBIENTE: CALLE ◯ CASA ⊗ APARTAMENTO ◯ TERRAZA ◯ FINCA ◯

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: NR | 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: 110 lpm | T°: 38.2 | MUCOSAS: Rosa
TLLC: 2 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano, no presenta signos ni síntomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

PRONOSTICO: Bueno

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Leonardo Guerrero, Universidad Antonio Nariño, Médico Veterinario, TP: 46046 | 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: 004-25
	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: ANDREA CAMERO

CC O PPT: 1014 305 567

Nombre del animal de compañía: ceniza 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: 251125-008

NOMBRE PACIENTE: Kiara
ESPECIE: felina
RAZA: Mestiza
EDAD: 5 Años
COLOR: Tabby
PESO: Kg 3.9
SEXO: M ◯ H ⊗
TENEDOR Y/O TUTOR: Andrea Juliana Camero Herrera
C.C.: 1.019.305.567
CONTACTO: 3154641975
E-MAIL: andrea-camero@outlook.es
DIRECCIÓN: Cll 69A 113 46
BARRIO: Granjas El Dorado
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ◯ BARF ◯ MIXTO ⊗ CASERO ◯
AMBIENTE: CALLE ◯ CASA ⊗ APARTAMENTO ◯ TERRAZA ◯ FINCA ◯

ANAMNESIS

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

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 30 rpm F.Cardiaca: 120 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

Presenta hallazgos compatibles con aumento en la presión intra-ocular

PLANES TERAPÉUTICOS

Se sugiere interconsulta con oftalmología de manera urgente.

PRONOSTICO:
Reservado.

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:
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE: 004-25
	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)	. FIPROSPAY 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: ANDREA CAMPO

CC O PPT: 1014205567.

Nombre del animal de compañía: Kiara 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: 251125-009

NOMBRE PACIENTE: Niña
ESPECIE: Felino
RAZA: Mestiza
EDAD: 7 Años
COLOR: Gris
PESO: Kg 4.3
SEXO: M ( ) H (X)
TENEDOR Y/O TUTOR: Andrea Juliana Camero Herrera
C.C.: 1019305567
CONTACTO: 3154641425
E-MAIL: andrea-camero@outlook.es
DIRECCIÓN: Cll 64A 113 46
BARRIO: Granjas El Dorado
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: NO reporta
ÚLTIMA VACUNACIÓN: Pertavalente
FECHA: 24 oct 2024
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X)
FECHA: N/R
ÚLTIMO CELO: N/R
CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NO

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 30 rpm F.Cardiaca: 120 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 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:
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE: 004-25
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	. DOBE 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)	. FIPROSPOT 4 J10D1251
	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: ANGELA CAMERO

CC O PPT: 1014305567

Nombre del animal de compañía: _____ ESPECIE: _____ SEXO: _____

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: Proteccion

COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: X
CALLE: ___

HX: 251125-010

NOMBRE PACIENTE: Noa
ESPECIE: felino
RAZA: Mestizo
EDAD: 4 AÑOS
COLOR: Tabby Amarillo
PESO: Kg 5.6
SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Andrea Juliana Camero Herrera
C.C.: 1014305567
CONTACTO: 3154691975
E-MAIL: andrea-camero@outlook.es
DIRECCIÓN: Cll 64 A 113 46
BARRIO: Granjas el dorado

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: NO reporta
ÚLTIMA VACUNACIÓN: pentavalente
FECHA: 24/10/2024
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X)
FECHA: N/R
ÚLTIMO CELO: N/A
CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NO

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 28 rpm F.Cardiaca: 115 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 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:
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE: 004-25
	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)	FIPRO SPRAY F4001251
	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: ANDREA CAMERO

CC O PPT: 1014305867

Nombre del animal de compañía: Noa 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.