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: Kira
ESPECIE: Canino
COLOR: Amarillo
RAZA: Mestizo
PESO: Kg 18
EDAD: 10 años
SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: María de Jesus Sandoval
C.C.: 41777590
CONTACTO: 3185196543
E-MAIL: No reporta
DIRECCIÓN: Cra 106A # 67C-39
BARRIO: El muelle.

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: NO reporta.
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NO reporta
FECHA: N/R
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 26 rpm F.Cardiaca: 98 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

Paciente sano, no, obstante las condiciones del lugar no son adecuadas, hacinamiento, malos olores.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

Recomendación: Mejorar condiciones de aseo y aumentar la actividad física para disminuir los niveles de ansiedad.

PRONOSTICO:

Bueno.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina V. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366 TARJETA PROFESIONAL No. 28766

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)	Dogg y cat 114045
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	FIPTOSPRAY 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 ⊘ 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: Firma de responsable

CC O PPT: _____

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: 251125-002

NOMBRE PACIENTE: Zeus
ESPECIE: canino
RAZA: Mestizo
EDAD: 3 años
COLOR: Blanco
PESO: Kg 23
SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Maria de Jesus Sandoval
C.C.: 41727590

CONTACTO: 3185196545
E-MAIL: NO reporta

DIRECCIÓN: Cra 106 A # 67C - 39
BARRIO: El Muelle

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

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Castración
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )

ENFERMEDADES ANTERIORES: NO reporta
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NO reporta
FECHA: N/R

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 Jadeo rpm F.Cardiaca: 110 lpm T°: 38.2 MUCOSAS: Rosa.

TLLC: 1 Seg
CONDICIÓN CORPORAL 2 /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 alérgica por picadura de pulga
- alopecia en zona dorsal
- seborrea, descamacion, mal olor
- baja condicion corporal. - Paciente muy ansioso.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Control de pulgas permanente al canino y al ambiente
- Mejorar las condiciones del entorno, aseo.
- Proporcionar los paseos diarios y ejercicio para bajar los niveles de ansiedad
- Baños medicados

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: 001125
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	Doga y cat 119045
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	Fiprospray 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 ⊘ 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: Yeimy Lizeth Sandoval

CC O PPT: _____

Nombre del animal de compañía: Zeus 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: Coco
ESPECIE: Canino
RAZA: Mestizo
EDAD: 13 años
COLOR: Negro
PESO: Kg 21
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Maria de Jesus Sandoval
C.C.: 41727590.
CONTACTO: 3185196593.
E-MAIL: NO REPORTA
DIRECCIÓN: Cra 106 A # 67C - 39
BARRIO: El Muelle.
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: NO reporta
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NO reporta
FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X)
FECHA: NR.
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: 96 lpm T°: 37.8 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 3
- Pelo hirsuto, descuidado, mal olor
- Condiciones de tenencia inadecuadas.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Realizar profilaxis dental con examenes prequirurgicos.
- Mejorar condiciones de higiene del canino y del entorno.
- Proporcionar paseos diarios.

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)	Dogg y Cat 114045
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	FIPROPRAU FLODIZSI
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
VITAMINIZACIÓN		
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

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

FIRMA TUTOR: Que da presente

CC O PPT: _____

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: R
CALLE: ___
HX: 251125-004

NOMBRE PACIENTE: Negra
ESPECIE: felina
RAZA: Mestiza
EDAD: 5 AÑOS
COLOR: Negro
PESO: Kg 3.2
SEXO: M ( ) H (X)
TENEDOR Y/O TUTOR: Maria de Jesus Sandoval
C.C.: 41.727.590
CONTACTO: 3185196543
E-MAIL: NO reporta
DIRECCIÓN: Cra 106 A # 67C - 39
BARRIO: El Muelle
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: NO reporta
FECHA: N/R
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 30 rpm F.Cardiaca: 110 lpm T°: 38.3 MUCOSAS: Rosa

TLLC: 2 Seg
CONDICIÓN CORPORAL 2 /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

- Gingivoestomatitis crónica felina, halitosis
- Mal estado del pelaje
- Secreción ocular seromucosa abundante
- Deficientes condiciones del área de tenencia, hacinamiento.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Se recomienda administrar engystol
- Enjuague bucal.
- Mejorar condiciones de higiene del entorno
- Aumentar la ración diaria de alimento en un 20%.

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: 1004 125
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	✓ Dogg y cat 11904J
	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 F10 D125J
	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: Yeidy Prudencio

CC O PPT: _____

Nombre del animal de compañía: Negra 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: 251125-005

NOMBRE PACIENTE: Mireya
ESPECIE: Felino
RAZA: Mestizo
EDAD: 6 Años
COLOR: Tabby
PESO: Kg 3
SEXO: M ( ) H (X)
TENEDOR Y/O TUTOR: Maria de Jesus Soindoval
C.C.: 41.727.590
CONTACTO: 3185196543
E-MAIL: NR
DIRECCIÓN: Carrera 106A # 67C-39
BARRIO: El Muelle
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: 100 lpm T°: 38.0 MUCOSAS: Rosa tenue.
TLLC: 2 Seg CONDICIÓN CORPORAL 2 /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 con baja condicion corporal
- Pelo hirsuto, resequedad. descamacion, mal olor
- Condiciones del ambiente no adecuadas, desaseo, malos olores
- Gingivoestomatitis cronica.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Mejorar las condiciones de aseo del lugar
- Enjuagues bucales
- Mejorar alimentacion, subir racion de alimento diaria.

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: 003-25
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	DOGG 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: _____

CC O PPT: 41727596

Nombre del animal de compañía: Mireya 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: 251125-006

NOMBRE PACIENTE: Mila
ESPECIE: Felino
RAZA: Mestiza
EDAD: 2 AÑOS
COLOR: Negro
PESO: Kg 2
SEXO: M ◯ H ⊗
TENEDOR Y/O TUTOR: Maria de Jesus Sandoval
C.C.: 41.727.190
CONTACTO: 3185196593
E-MAIL: NO reporta
DIRECCIÓN: Cra 106 # # 67C-39
BARRIO: El Muelle.
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 aplica
CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ⊗ NO ◯
CONSUME MEDICAMENTOS: NO.

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 30 rpm F.Cardiaca: 110 lpm T°: 38.0 MUCOSAS: Rosa.
TLLC: 2 Seg
CONDICIÓN CORPORAL 2 /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

- Úlcera corneal estromal, muestra signos de dolor e incomodidad.
- Gingivoestomatitis
- Mal estado del pelaje, sucio, seco, hirsuto.
- Baja condición corporal.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Se requiere enucleación (se informa a mv de la alcaldía)
- Meloxicam, condiciones del ambiente, aseo general
- Engystol - Enjuague bucal
- Subir la ración 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:
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE: 1004/25
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	1 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)	1 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 ⊘ 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: Firmado por autor

CC O PPT: _____

Nombre del animal de compañía: Milo ESPECIE: felina 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: Pelusa
ESPECIE: Felino
COLOR: Carico
RAZA: Mestizo
PESO: Kg 2.2
EDAD: 2 años
SEXO: M ◯ H ⊗
TENEDOR Y/O TUTOR: Maria de Jesus Sandoval
C.C.: 41.727.590
CONTACTO: 3185196593
E-MAIL: No Reporta
DIRECCIÓN: Carrera 106A 87C 39
BARRIO: EL MUELLE
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: 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 32 rpm F.Cardiaca: 170 lpm T°: 38.3 MUCOSAS: Rosa.
TLLC: 1 Seg CONDICIÓN CORPORAL 2 /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

- Gingivoestomatitis crónica felina, halitosis, sialorrea
- Mal aspecto del pelaje, sucio, pelo hirsuto, resequedad, descamacion
- baja condicion corporal
- Malas condiciones del ambiente, hacinamiento, suciedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Se recomienda administrar engystol
- Enjuague bucal
- Mejorar las condiciones del ambiente limpieza, etc.
- Subir la racion diaria de alimento.

PRONOSTICO:
Reservado - 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: 004-25
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	· DOG6 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 F10D1245
	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: _____

CC O PPT: _____

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

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: K
CALLE: ___
HX: 251125-008

NOMBRE PACIENTE: Melisa
ESPECIE: Felino
COLOR: Negro
RAZA: Mestiza
PESO: Kg 3.8
EDAD: 7 años
SEXO: M ( ) H (X)
TENEDOR Y/O TUTOR: Maria de Jesus Sandoval
C.C.: 41.727.590
CONTACTO: 318 514 6547
E-MAIL: NO REPORTA.
DIRECCIÓN: Cra 106A # 67C-39
BARRIO: El Muelle.
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) 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 (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 30 rpm F.Cardiaca: 110 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

- Dermatitis alérgica por picadura de pulga
- Mal estado del pelaje, seco, sucio, hirsuto, descamación.
- Estado deficiente de limpieza en el entorno, hacinamiento

PLANES TERAPÉUTICOS

- Control permanente de pulgas, al felino y al ambiente.
- Mejorar condiciones del ambiente de permanencia.

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: 004/25
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Dosg 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 H10D1251
	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: Firma de quien solicita

CC O PPT: _____

Nombre del animal de compañía: Melisa 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: Pepino
ESPECIE: Felino
COLOR: Negra
RAZA: Mestizo
PESO: Kg 4.8
EDAD: 3 años
SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Maria de Jesus Sandoval
C.C.: 41 727 590
CONTACTO: 3185146543
E-MAIL: NO reporta.
DIRECCIÓN: Cra 106 A # 67C-39
BARRIO: El Muelle

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: NO reporta
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NO se porto
FECHA: N/R
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 30 rpm F.Cardiaca: 170 lpm T°: 38.3 MUCOSAS: ROSA

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

EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES

- Paciente sano, sin embargo las condiciones de tenencia no son las adecuadas, al momento de la visita el paciente se encuentra con guaral
- inadecuadas condiciones de higiene en el ambiente.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

Recomendación: proporcionar enriquecimiento ambiental y mejorar las condiciones de aseo del ambiente.

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: 004-25
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Dogg y Cat 11904J
	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)	Aprospray HODIZSI
	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: Maria Paula Sandoval

CC O PPT: _____

Nombre del animal de compañía: Perro 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: Y
CALLE: ___
HX: 251125-010

NOMBRE PACIENTE: Silvestre
ESPECIE: Felino
RAZA: Mestizo
EDAD: 3 años
COLOR: Negro Blanco
PESO: Kg 3.6
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: María de Jesús Sanchez
C.C.: 41.727.590
CONTACTO: 3185196593
E-MAIL: NO REPORTO
DIRECCIÓN: Cra 106 A # 87C-74
BARRIO: El Muelle
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: NO.
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NO reporta.
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NO reporta
FECHA: N/R
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: 120 lpm T°: 38.4 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
- Se evidencian inadecuadas condiciones de tenencia, el felino se encuentra en un guacal, el ambiente es sucio
- Felino muy sucio y con mal olor.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

Recomendación: Mejorar la higiene del lugar y proporcionar enriquecimiento ambiental - se recomienda esterilizar.

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: 004-25
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Dogg 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)	FIPROPRAY 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: Manuel Samuel

CC O PPT: _____

Nombre del animal de compañía: Silvestre 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: 23-11-2025
JORNADA: Protección
COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: X
CALLE: ___
HX: 251125-011

NOMBRE PACIENTE: Zeus
ESPECIE: Felino
COLOR: Blanco Gris
RAZA: Mestizo
PESO: Kg 4.2
EDAD: 4 años
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Maria de Jesus Jandoval
C.C.: 41.727.590.
CONTACTO: 318 519 6590
E-MAIL: NO reporta
DIRECCIÓN: Cra 106 A # 67C-39
BARRIO: el Muelle
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

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

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 30 rpm F.Cardiaca: 115 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
- Pelaje muy sucio, con mal olor
- al momento de la visita el Felino se encuentra en un guacal.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

Recomendacion: Mesorar condiciones de tenencia, aseo del lugar enriquecimiento ambiental

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: 004-25
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Dogg y Cat 119045
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	FIPROSPRAY F10D1251
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
VITAMINIZACIÓN		
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

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

FIRMA TUTOR: _____

CC O PPT: _____

Nombre del animal de compañía: Zeus 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: 25-11-2023
JORNADA: Protección
COMUNIDAD: ___
PROTECCIONISTA: X
CALLE: ___
HX: 251125-012

NOMBRE PACIENTE: Ferney
ESPECIE: Felino
RAZA: Mestizo
EDAD: 4 años
COLOR: Gris Blanco
PESO: Kg 3.8
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Maria de Jesus Sandoval
C.C.: 41727590
CONTACTO: 318 519 6593
E-MAIL: NO REPORTA
DIRECCIÓN: Cra 106 A # 67C-39
BARRIO: El Muelle
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Castración
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: No reporta.
ÚLTIMA VACUNACIÓN: No reporta
FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X)
FECHA: NR
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: 110 lpm T°: 38.0 MUCOSAS: Rosa

TLLC: 1 Seg
CONDICIÓN CORPORAL 2 /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

- Baja condicion corporal
- Pelo hirsuto, seco, sucio, mal olor
- Inadecuadas condiciones de tenencia, ambiente sucio, hacinamiento.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Aumentar la racion diaria de alimento en un 20%.
- Proporcionar enriquecimiento ambiental
- Mejorar las condiciones del ambiente en cuanto al aseo.

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: 004/25
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Dogg y Cat 119645
	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 FLOD1251
	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: Nuevo Sandoval

CC O PPT: _____

Nombre del animal de compañía: Fenney 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: Paquito
ESPECIE: Felino
RAZA: Mestizo
EDAD: 4 años
COLOR: Blanco
PESO: Kg 3.9
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Maria de Jesus Sandoval
C.C.: 41727590
CONTACTO: 318 514 6593
E-MAIL: NO reporta.
DIRECCIÓN: Cra 100A # 87C-39
BARRIO: El Muelle
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: NO reporta
ÚLTIMA VACUNACIÓN:
FECHA:
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X)
FECHA:
ÚLTIMO CELO:
CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS:

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 32 rpm F.Cardiaca: 125 lpm T°: 38.4 MUCOSAS: Rosa
TLLC: 1 Seg
CONDICIÓN CORPORAL 2o S /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
- El ambiente de permanencia no es adecuado y el felino se encuentra muy sucio.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

Recomendaciones: Esterilizar, mejorar condiciones del ambiente subir un poco la racion diaria de alimento

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: 004 | 25
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	. Dogg 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 ⊘ 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: _____

Nombre del animal de compañía: Pachito 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: 251125-014

NOMBRE PACIENTE: Nilo
ESPECIE: Felino
RAZA: Mestizo
EDAD: 4 años
COLOR: Negro
PESO: Kg 4.3
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: María de Jesus Sandoval.
C.C.: 41.727.590
CONTACTO: 318 519 6597
E-MAIL: No reporta
DIRECCIÓN: Cra 106A # 87C-39
BARRIO: El Muelle.
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Castración
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: No reporta.
ÚLTIMA VACUNACIÓN: No reporta
FECHA: NIR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X)
FECHA: NIR.
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: 110 lpm T°: 38.0 MUCOSAS: Rosa.

TLLC: 1 Seg
CONDICIÓN CORPORAL 2 /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 con mal estado de pelaje, muy seco pelo hirsuto
- Baja condicion corporal
- Malas condiciones del lugar de permanencia.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Aumentar la racion diaria de alimento en un 20%.
- Mejorar las condiciones de tenencia, proporcionar enriquecimiento ambiental y aseo del area de permanencia.

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: 004/25
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Dogg y Cat 11404
	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 FIODI251
	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: Yluvia gpo Tutor

CC O PPT: _____

Nombre del animal de compañía: Nito 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: E
CALLE: ___
HX: 251121-015

NOMBRE PACIENTE: Macho
ESPECIE: Felino
RAZA: Mestizo
EDAD: 4 años
COLOR:
PESO: Kg 4.3
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Maria de Jesus Sandoval
C.C.: 41.727.590
CONTACTO: 3185196593
E-MAIL: No reporta
DIRECCIÓN: Cra 106 A # 67C-39
BARRIO: El Muelle
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF (X) MIXTO ( ) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Castración
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: No reporta.
ÚLTIMA VACUNACIÓN: No reporta
FECHA: N/R
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 32 rpm F.Cardiaca: 120 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

- Gingivoestomatitis crónica felina
- Mal estado del pelaje, seco, hirsuto, mal olor, suciedad.
- Malas condiciones del ambiente de permanencia.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Se recomienda administrar enguto!
- Enjuague bucal con Ktrix.
- Mejorar las condiciones de higiene del ambiente.

PRONOSTICO:
Bueno.

Andrea 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: 004/25
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Dogg y Cat 114045
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Fiprospray F10D1251
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
VITAMINIZACIÓN		
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

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

FIRMA TUTOR: _____

CC O PPT: _____

Nombre del animal de compañía: Macho 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 - 016

NOMBRE PACIENTE: Tigre
ESPECIE: felino
RAZA: Mestiza
EDAD: 12 AÑOS
COLOR: Tabby Gris
PESO: Kg 3.2
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: María de Jesus Bondoval
C.C.: 41727590
CONTACTO: 318 514 6593
E-MAIL: NO reporta
DIRECCIÓN: Cra 106 A # 67 C - 39
BARRIO: El Muelle
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: NO reporta
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: Ninguna.
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NO reporta
FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X)
FECHA: NR
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: 110 lpm T°: 37.9 MUCOSAS: Rosa Pálido.
TLLC: 3 Seg
CONDICIÓN CORPORAL 1 /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

- Gingivoestomatitis crónica felina
- Desnutricion marcada
- DHT leve

PLANES TERAPÉUTICOS

- Se recomienda administrar enguistol - Enjuague bucal con K-trix.
- Mejorar condiones de tenencia, aseo
- proporcionar suero oral
- Mejorar calidad y cantidad de alimento- sugerencia dieta blanda

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: 1004/25
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Doog y Cat 11904S
	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)	Fiprolex 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 ◯ 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: _____

Nombre del animal de compañía: Tigre ESPECIE: Felino 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: 251125-017.

NOMBRE PACIENTE: Mono
ESPECIE: Felino
RAZA: Mestizo
EDAD: 14 AÑOS
COLOR: Tabby Amarillo
PESO: Kg 2.9
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Maria de Jesus Sandoval
C.C.: 41.727.590
CONTACTO: 3185196593
E-MAIL: NO reporta
DIRECCIÓN: Cra 106 A # 67 C - 39
BARRIO: El muelle.
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: NO reporta
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: Ninguno
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NO reporta
FECHA: N/R
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 30 rpm F.Cardiaca: 120 lpm T°: 38.3 MUCOSAS: Rosa

TLLC: 2 Seg
CONDICIÓN CORPORAL 2 /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 con baja condición corporal
- Malas condiciones de tenencia, ambiente sucio, hacinamiento
- Pelaje hirsuto en mal estado.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Subir la ración de alimento en un 20%.
- Mejorar las condiciones del lugar de tenencia
- Promover aseo al felino

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: 1004125
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Dogg y Cat 119045
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	FIPROSPRAY F10D1251
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
VITAMINIZACIÓN		
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

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

FIRMA TUTOR: [signature]

CC O PPT: _____

Nombre del animal de compañía: Mono 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: 251125-018

NOMBRE PACIENTE: José
ESPECIE: felino
RAZA: Mestizo
EDAD: 3 años
COLOR: Tabby Blanco
PESO: Kg 3.7
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Maria de Jesus Sandoval
C.C.: 41.727.590.
CONTACTO: 3185196593
E-MAIL: NO reporta
DIRECCIÓN: Cra 106 A # 67C - 39
BARRIO: El Muelle.
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Castración.
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NO reporta
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NO reporta
FECHA: N/R
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 30 rpm F.Cardiaca: 125 lpm T°: 38.2 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

- Gingivoestomatitis crónica felina
- pelo hirsuto, sucio
- Ambiente muy inadecuado, sucio, hacinamiento.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Se recomienda administrar enjistol
- Enjuague bucal con K-trix.
- Mejorar condiciones de aseo y de tenencia.

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: 1004125
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	✓ Dogg y Cat 119045
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	✓ Fiprospray 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: Maud p/ Judeth

CC O PPT: _____

Nombre del animal de compañía: JOSÉ 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: 251125-019

NOMBRE PACIENTE: Niño
ESPECIE: felino
RAZA: Mestizo
EDAD: 3 AÑOS
COLOR: Tabby
PESO: Kg 4.7
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Maria de Jesus Sandoval
C.C.: 41.727.590.
CONTACTO: 3185146593
E-MAIL: NO REPORTA
DIRECCIÓN: Cra 106 A # 67C-39
BARRIO: El Muelle.
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO ( ) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Castración
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NO REPORTA
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NO REPORTA
FECHA: N/R
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 32 rpm F.Cardiaca: 120 lpm T°: 38.4 MUCOSAS: ROSA

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

EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES

- Paciente no presenta signos ni síntomas compatibles con enfermedad.
- Las condiciones de tenencia son inadecuadas. Ambiente muy sucio

PLANES TERAPÉUTICOS

- Se recomienda mejorar las condiciones de tenencia. Aseo del ambiente y del felino

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: 004/25
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Doog y Cat 119045.
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Fiprospray F10D1251
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
VITAMINIZACIÓN		
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

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

FIRMA TUTOR: Alexandra Sandoval

CC O PPT: _____

Nombre del animal de compañía: NIÑO 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: 251125-020

NOMBRE PACIENTE: Blanquito
ESPECIE: felino
RAZA: Mestizo
EDAD: 9 AÑOS
COLOR: Blanco.
PESO: Kg 3.5
SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Maria de Jesus Sandoval
C.C.: 41.727.590.
CONTACTO: 3185146593
E-MAIL: NO REPORTA
DIRECCIÓN: Cra 106 A #67C-39
BARRIO: El Morito
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )
AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APARTAMENTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Castración.
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NO REPORTA.
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NO REPORTA
FECHA: N/R.
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: 120 lpm T°: 38.3 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

- Gingivoestomatitis crónica felina
- Pelaje en mal estado, seco, hirsuto.
- Inadecuadas condiciones de tenencia, ambiente muy sucio.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Se recomienda administrar enguistol
- Mesorar condiciones de aseo del ambiente y del felino.

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: ✓ 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 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 ⊘ 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: _____

Nombre del animal de compañía: Blanquito 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.