



HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: 17.02.26	COMUNIDAD: _____	PROTECCIONISTA: X	HX: 170226-001
JORNADA: Brigada Tipo 1A	CALLE: _____		
NOMBRE PACIENTE: Muneca	ESPECIE: Canino	RAZA: Mestizo	EDAD: 12 años
TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Alix Anaya Quintero	COLOR: Amarillo	PESO: Kg 23	SEXO: M ☒ H ☒
CONTACTO: 3229316586	E-MAIL: 3229316586		
DIRECCIÓN: Kr 121 63H 4B	BARRIO: Sabana el Dorado		
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ☐ BARF ☐ MIXTO ☒ CASERO ☐	AMBIENTE: CALLE ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☒ TERRAZA ☐ FINCA ☐		
ANAMNESIS			
CIRUGÍAS ANTERIORES: Ouh	LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ RESCATADO ☒ NACIDO ☐		
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR			
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR	FECHA: NR		
VERMIFUGACIÓN: SI ☐ NO ☒	FECHA: NR		
ÚLTIMO CELO: NR	CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ☒ NO ☐		
CONSUME MEDICAMENTOS: NR			

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 95 rpm F. Cardíaca: 110 lpm T°: 38.5 MUCOSAS: Rosa

TLLC: 1 Seg CONDICIÓN CORPORAL 4 /5 RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES

Ausencia de piezas dentales
Inicio de obesidad

PLANES TERAPÉUTICOS

Reducir ración diaria de alimento en un 20% y
proporcionar paseos diarios para aumentar actividad física

PRONOSTICO: Bueno

andra Medina U.
Médica Veterinaria
Universidad de la Salle
I.P. 28366

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 28366

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

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 245045
	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: P. Muñoz

CC O PPT: 52 557 838

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

CONSENTIMIENTO: El/la 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.



HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: 17/02/26	COMUNIDAD: _____	PROTECCIONISTA: X	HX: 170226-007
JORNADA: Brigada tipo 14	CALLE: _____		
NOMBRE PACIENTE: Pininga	ESPECIE: Canina	RAZA: Mestizo	EDAD: 8A
TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Alix Anaya Quintero	COLOR: Barcina	PESO: Kg 27	SEXO: M ☐ H ☒
CONTACTO: 3229316586	E-MAIL: 3229316586@sincorreio.com		
DIRECCIÓN: Ky 121 6344 48	BARRIO: Sabana del dorado		
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ☐ BARF ☐ MIXTO ☒ CASERO ☐	AMBIENTE: CALLE ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☒ TERRAZA ☐ FINCA ☐		
ANAMNESIS			
CIRUGÍAS ANTERIORES: Ouh.	LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ RESCATADO ☒ NACIDO ☐		
ENFERMEZAS ANTERIORES: NR			
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR	FECHA: NR		
VERMIFUGACIÓN: SI ☐ NO ☒	FECHA: NR		
ÚLTIMO CELO: NR	CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ☒ NO ☐		
CONSUME MEDICAMENTOS: NR			

MOTIVO DE LA CONSULTA
BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 20 rpm F. Cardíaca: 103 lpm T°: 38.4 MUCOSAS: Rosa

TLC: 2 Seg CONDICIÓN CORPORAL 3.5 /5 RETORNO DE PIEL: 2 Seg

EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente Sano, no presenta signos ni síntomas compatibles con enfermedad

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno.

PRONOSTICO: Bueno

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

Landra Medina U.
Médica Veterinaria
Universidad de la Salle
I.P. 28366

TARJETA PROFESIONAL No.

I.P. 20000
28366

CONSENTIMIENTO: El arribante 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.

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN
VACUNACIÓN	VACUNA DP PUPPY	LOTE:
	VACUNA CACHORROS	LOTE:
	VACUNA PENTAVALENTE	✓LOTE: 061-25
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG) ✓	DOG 4 CAT 245095
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG) ✓	FIPROS PRAY F10D1251
VITAMINIZACIÓN		
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		

EDUCACIÓN	Jornadas de sensibilización y capacitación en tenencia responsable de animales de compañía en espacios públicos.	RECIBIDA SI ☒ NO ☐
-----------	--	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

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

FIRMA TUTOR: [Firma]

CC O PPT: 52597898

Nombre del animal de compañía: pinina ESPECIE: Canina SEXO: H

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3367000. 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.



HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: 17/02/26	COMUNIDAD: _____	PROTECCIONISTA: ☒ HX: 170226-003
JORNADA: Brigada tipo 1A	CALLE: _____	
NOMBRE PACIENTE: Karla	ESPECIE: Canino	RAZA: Boston terrier
TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Alix Anaya Quintero	COLOR: Blanco y negro	PESO: Kg 13
CONTACTO: 3229316586	E-MAIL: 3229316586@sincorreio.com	EDAD: 3A
DIRECCIÓN: Kv 121 63 # 48	BARRIO: Sabana del dorado	SEXO: M ☐ H ☒
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ☐ BARF ☐ MIXTO ☒ CASERO ☐	AMBIENTE: CALLE ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☒ TERRAZA ☐ FINCA ☐	
ANAMNESIS		
CIRUGÍAS ANTERIORES: 000	LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ RESCATADO ☒ NACIDO ☐	
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR		
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR	FECHA: NR	
VERMIFUGACIÓN: SI ☐ NO ☒	FECHA: NR	
ÚLTIMO CELO: NR	CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ☒ NO ☐	
CONSUME MEDICAMENTOS: NR		

MOTIVO DE LA CONSULTA
BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 92 rpm F. Cardíaca: 98 lpm T°: 38.5 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		✓		GENITOURINARIO	✓			OJOS	✓		
RESPIRATORIO	✓			REPRODUCTIVO	✓			OTROS			
CARDIOVASCULAR	✓			LINFOIDE	✓						

HALLAZGOS ANORMALES

Enfermedad periodontal tipo 1.
Sin otros cambios patológicos

PLANES TERAPÉUTICOS

Realizar higiene oral 2 veces por semana.

PRONOSTICO:

Bueno

Andra Medina U.
Médica Veterinaria
Universidad de la Salle

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: T.P. 28366 TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 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.



PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN
VACUNACIÓN	VACUNA DP PUPPY	LOTE:
	VACUNA CACHORROS	LOTE:
	VACUNA PENTAVALENTE	✓ LOTE: 001-25
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	✓ DOG 4 CAT 245095
	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 F1001251
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	
VITAMINIZACIÓN		
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		

EDUCACIÓN	Jornadas de sensibilización. y capacitación en tenencia responsable de animales de compañía en espacios públicos.	RECIBIDA SI ☒ NO ☐
-----------	---	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

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

FIRMA TUTOR: Bernardo Acuña

CC O PPT: 92 987 838

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

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



HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: 17/02/26	COMUNIDAD:	PROTECCIONISTA: X	HX: 170226-004
JORNADA: Brigada Tipo 1A	CALLE:		
NOMBRE PACIENTE: Tobby	ESPECIE: Camino	RAZA: Pinscher	EDAD: 10A
TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Alix Anaya Quintero	COLOR: Negro fuego	PESO: Kg 4.4	SEXO: M ☒ H ☐
CONTACTO: 3229316586	C.C.: 52554839	E-MAIL: 3229316586@sincorreo	
DIRECCIÓN: Hr 121 63 H 48	BARRIO: Sabana del Dorado		
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ☐ BARF ☐ MIXTO ☒ CASERO ☐	AMBIENTE: CALLE ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☒ TERRAZA ☐ FINCA ☐		
ANAMNESIS			
CIRUGÍAS ANTERIORES: NR	LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ RESCATADO ☒ NACIDO ☐		
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR			
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR	FECHA: NR		
VERMIFUGACIÓN: SI ☐ NO ☒	FECHA: NR		
ÚLTIMO CELO: NA	CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ☒ NO ☐		
CONSUME MEDICAMENTOS: NR			

MOTIVO DE LA CONSULTA
BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 42 rpm F. Cardíaca: 97 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	✓			GENITOURINARIO	✓			OJOS	✓		
RESPIRATORIO	✓			REPRODUCTIVO	✓			OTROS			
CARDIOVASCULAR	✓			LINFOIDE	✓						

HALLAZGOS ANORMALES

Enf Periodontal tipo IV.
Sin otros cambios patológicos

PLANES TERAPÉUTICOS

Realizar profilaxis dental con exámenes prequirúrgicos
Realizar higiene oral 2 veces por semana

PRONOSTICO: Bueno

Andra Medina U.
Médica Veterinaria
Universidad de la Salle
T.P. 28366

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 28366

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN
VACUNACIÓN	VACUNA DP PUPPY	LOTE:
	VACUNA CACHORROS	LOTE:
	VACUNA PENTAVALENTE	LOTE: 001-25 ✓
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	DOG GY CAT 245095 ✓
	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: Bautista
CC O PPT: 32957898
Nombre del animal de compañía: Tobey ESPECIE: Canino SEXO: M.

CONSENTIMIENTO: El arribante 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.



HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: 17/02/26	COMUNIDAD: _____	PROTECCIONISTA: ☒	HX: 170226-005
JORNADA: Brigada tipo 1A	CALLE: _____		
NOMBRE PACIENTE: Mateo	ESPECIE: Canino	RAZA: Pinscher	EDAD: 10A
TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca alix Araya Quintero	COLOR: Caramelo	PESO: Kg 7.9	SEXO: M ☒ H ☐
CONTACTO: 3229316586	C.C.: 52.557.839	E-MAIL: 3229316586@es.incorreio.com	
DIRECCIÓN: Kr 121 63 H 48	BARRIO: Sabana del Dorado		
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ☐ BARF ☐ MIXTO ☒ CASERO ☐	AMBIENTE: CALLE ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☒ TERRAZA ☐ FINCA ☐		
ANAMNESIS			
CIRUGÍAS ANTERIORES: NR	LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ RESCATADO ☒ NACIDO ☐		
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR			
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR	FECHA: NR		
VERMIFUGACIÓN: SI ☐ NO ☒	FECHA: NR		
ÚLTIMO CELO: NA	CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ☒ NO ☐		
CONSUME MEDICAMENTOS: NR			

MOTIVO DE LA CONSULTA
BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 42 rpm F. Cardíaca: 97 lpm T°: 38.4 MUCOSAS: Rosa

TLC: 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	✓			GENITOURINARIO	✓			OJOS	✓		
RESPIRATORIO	✓			REPRODUCTIVO	✓			OTROS			
CARDIOVASCULAR	✓			LINFOIDE	✓						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente reactivo, Canino aparentemente sano

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

PRONOSTICO: Bueno.

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

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 28366

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



PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN
VACUNACIÓN	VACUNA DP PUPPY	LOTE:
	VACUNA CACHORROS	LOTE:
	VACUNA PENTAVALENTE	LOTE: 001/25 ✓
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	Dogg y Cat 245095 ✓
	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)	fipropyl 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: Ramiro
CC O PPT: 92957398
Nombre del animal de compañía: Mateo ESPECIE: Canino SEXO: M.

CONSENTIMIENTO: El arribante 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.

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: 17/02/26	COMUNIDAD: _____	PROTECCIONISTA: ☒ HX: 170226-006
JORNADA: Brigada tipo 1A	CALLE: _____	
NOMBRE PACIENTE: Bruno	ESPECIE: Canino	RAZA: pinscher
TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Alix Anaya Quintero	COLOR: Negro Fuego	PESO: Kg 6.5
CONTACTO: 3229316586	E-MAIL: 3229316586@sincorreo.com	EDAD: 9 A
DIRECCIÓN: hr 121 63 H 48	BARRIO: Sabana del Prado	SEXO: M ☒ H ☐
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ☐ BARF ☐ MIXTO ☒ CASERO ☐	AMBIENTE: CALLE ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☒ TERRAZA ☐ FINCA ☐	
ANAMNESIS		
CIRUGÍAS ANTERIORES: NR	LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ RESCATADO ☒ NACIDO ☐	
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR		
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR	FECHA: NIR	
VERMIFUGACIÓN: SI ☐ NO ☒	FECHA: NIR	
ÚLTIMO CELO: NA	CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ☒ NO ☐	
CONSUME MEDICAMENTOS: NR		

MOTIVO DE LA CONSULTA BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 97 rpm	F. Cardíaca: 98 lpm	T°: 38.4	MUCOSAS: rosa
TLC: 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	☒			GENITOURINARIO	☒			OJOS	☒		
RESPIRATORIO	☒			REPRODUCTIVO	☒			OTROS			
CARDIOVASCULAR	☒			LINFOIDE	☒						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano, no presenta signos ni síntomas compatibles con enfermedad

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

PRONOSTICO: Bueno

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

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 28366

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)	DOGGY CAT 245095 ✓
	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 ☒ 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: Brenda Acosta

CC O PPT: 92 957 838

Nombre del animal de compañía: Bruno ESPECIE: Canino SEXO: M.

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: <u>17/02/26</u>	COMUNIDAD: _____	HX: <u>170226-007</u>
JORNADA: <u>Brigada Tipo 1A</u>	PROTECCIONISTA: <u>4</u>	CALLE: _____
NOMBRE PACIENTE: <u>Tony</u>	ESPECIE: <u>Canino</u>	RAZA: <u>Pinscher</u>
TENEDOR Y/O TUTOR: <u>Blanca Alex Anaya Quintero</u>	COLOR: <u>Negro fuego</u>	PESO: Kg <u>3.8</u>
CONTACTO: <u>32 29316586</u>	E-MAIL: <u>32 29316586</u>	EDAD: <u>10A</u>
DIRECCIÓN: <u>Kr 121 63H 48</u>	BARRIO: <u>Sabana del Dorado</u>	SEXO: M ☒ H ☐
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ☐ BARF ☐ MIXTO ☒ CASERO ☐	AMBIENTE: CALLE ☐ CASA ☒ APARTAMENTO ☐ TERRAZA ☐ FINCA ☐	
ANAMNESIS		
CIRUGÍAS ANTERIORES: <u>NR</u>	LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ RESCATADO ☒ NACIDO ☐	
ENFERMEDADES ANTERIORES: <u>NR</u>		
ÚLTIMA VACUNACIÓN: <u>NR</u>	FECHA: <u>NR</u>	
VERMIFUGACIÓN: SI ☐ NO ☒	FECHA: <u>NR</u>	
ÚLTIMO CELO: <u>NR</u>	CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ☒ NO ☐	
CONSUME MEDICAMENTOS: <u>NR</u>		

MOTIVO DE LA CONSULTA BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 93 rpm F. Cardíaca: 47 lpm T°: 38.1 MUCOSAS: Rosa

TLC: 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	✓			GENITOURINARIO		x		OJOS	✓		
RESPIRATORIO	✓			REPRODUCTIVO	✓			OTROS			
CARDIOVASCULAR	✓			LINFOIDE	✓						

HALLAZGOS ANORMALES

Enf articular degenerativa, tiene un testículo tumefacto.

PLANES TERAPÉUTICOS

Se recomienda Condo protectores
Se recomienda castración.

PRONOSTICO:

Reservado
Yandra Medina U.
Médica Veterinaria
Universidad de la Salle
T.P. 28366

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 28366

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN
VACUNACIÓN	VACUNA DP PUPPY	LOTE:
	VACUNA CACHORROS	LOTE:
	VACUNA PENTAVALENTE	LOTE:
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	DLGG 4 CRT 245095 ✓
	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: Bautista

CC O PPT: 52 554 838

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

CONSENTIMIENTO: El arribante 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.

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: <u>17/02/26</u>		COMUNIDAD: _____	PROTECCIONISTA: <u>△</u>	HX: <u>170226-008</u>
JORNADA: <u>Brigada tipo 1A</u>		CALLE: _____		
NOMBRE PACIENTE: <u>Jacor.</u>	ESPECIE: <u>Canino</u>	RAZA: <u>Mestizo</u>	EDAD: <u>9A</u>	
TENEDOR Y/O TUTOR: <u>Blanca Alix ANAYA Quintero</u>	COLOR: <u>Tricolor.</u>	PESO: Kg <u>30</u>	SEXO: M ☒ H ☐	
CONTACTO: <u>3229316586</u>	C.C.: <u>52.557.839</u>		E-MAIL: <u>3229316586@singoreo.com</u>	
DIRECCIÓN: <u>Kr 121 N° 63H 48</u>	BARRIO: <u>Sabana del Dorado</u>			
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ☐ BARF ☐ MIXTO ☒ CASERO ☐		AMBIENTE: CALLE ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☒ TERRAZA ☐ FINCA ☐		
ANAMNESIS				
CIRUGÍAS ANTERIORES: <u>NP</u>		LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ RESCATADO ☒ NACIDO ☐		
ENFERMEDADES ANTERIORES: <u>NP</u>				
ÚLTIMA VACUNACIÓN: <u>NP</u>		FECHA: <u>NP</u>		
VERMIFUGACIÓN: SI ☐ NO ☒		FECHA: <u>NP</u>		
ÚLTIMO CELO: <u>NA</u>		CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ☒ NO ☐		
CONSUME MEDICAMENTOS: <u>NP</u>				

MOTIVO DE LA CONSULTA BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria: <u>46</u> rpm	F. Cardíaca: <u>120</u> lpm	T°: <u>38.6°</u>	MUCOSAS: <u>rosa</u>
TLLC: <u>1</u> Seg	CONDICIÓN CORPORAL: <u>3</u> /5	RETORNO DE PIEL: <u>1</u> 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		/		GENITOURINARIO		/		OJOS			
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

DAPP, enfermedad periodontal tipo III
movimientos estereotipados, paciente muy ansioso, no sale
se encuentra contenido en un espacio muy pequeño

PLANES TERAPÉUTICOS

Realizar profilaxis dental
control mensual de pulgar tanto al canino como
al ambiente
proporcionar paseos diarios y un ambiente mas adecuado

PRONOSTICO: Buena


Leonardo Guerrero
 Universidad Antonio Nariño
 Médico Veterinario
 TP. 46046

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 46046



PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN
VACUNACIÓN	VACUNA DP PUPPY	LOTE:
	VACUNA CACHORROS	LOTE:
	VACUNA PENTAVALENTE	LOTE: 001-25
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	DOG Y CAT 245095
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	3 PROSPRA 4 8101251
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: Banzerio

CC O PPT: 82557838

Nombre del animal de compañía: Jacor ESPECIE: canino SEXO: M

CONSENTIMIENTO: El arribante 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.



HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: 17/02/26	COMUNIDAD:	PROTECCIONISTA: X	HX: 170226-009
JORNADA: Brigada tipo 1A	CALLE:		
NOMBRE PACIENTE: Bruno	ESPECIE: Canino	RAZA: Mestizo	EDAD: 15A
TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Alix Anaya Quintero	COLOR: Amarillo	PESO: Kg 35	SEXO: M ☒ H ☐
CONTACTO: 3229316586	C.C.: 52.557.839	E-MAIL: 3229316586@sincorreio	
DIRECCIÓN: Ky 121 63H 48	BARRIO: Sabana del Borado		
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ☐ BARF ☐ MIXTO ☒ CASERO ☐	AMBIENTE: CALLE ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☒ TERRAZA ☐ FINCA ☐		
ANAMNESIS			
CIRUGÍAS ANTERIORES: NE	LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ RESCATADO ☒ NACIDO ☐		
ENFERMEDADES ANTERIORES: NE			
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NE	FECHA: NE		
VERMIFUGACIÓN: SI ☐ NO ☒	FECHA: NE		
ÚLTIMO CELO: NA	CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ☒ NO ☐		
CONSUME MEDICAMENTOS: Tramadol			

MOTIVO DE LA CONSULTA
BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 42 rpm F. Cardíaca: 97 lpm T°: 38.1 MUCOSAS: Rosa

TLC: 1 Seg CONDICIÓN CORPORAL 3.5 /5 RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES

Tumor de 2 centímetros de diámetro en la zona perianal.
presenta signos de dolor intenso
paciente no se levanta durante el examen clínico. se
evidencia que la tutora no entiende o no acepta la gravedad
de su estado y se aferra a tenerlo en esa condición.

PLANES TERAPÉUTICOS

Se sugiere Biopsia o paaf, penicilina 150 mg por 15 días.
suspender el tramadol.
se sugiere interconsulta urgente paciente requiere
cuidado intrahospitalario y junta médica, estado malo.

PRONOSTICO:

Reservado - malo.
Sandra Medina U.
Médica Veterinaria
Universidad de la Salle

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: T.P. 28366 TARJETA PROFESIONAL No. 28366

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN
VACUNACIÓN	VACUNA DP PUPPY	LOTE:
	VACUNA CACHORROS	LOTE:
	VACUNA PENTAVALENTE	LOTE:
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	DOGGY CAT 24/09/15
DESPARASITACIÓN EXTERNA	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA MEDIANA (>10 KG - 25 KG)	
	DESPARASITACIÓN EXTERNA PACIENTE TALLA GRANDE (> 25 KG)	FIPROSPERM F10D1251
VITAMINIZACIÓN		
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		

EDUCACIÓN	Jornadas de sensibilización. y capacitación en tenencia responsable de animales de compañía en espacios públicos.	RECIBIDA SI ☒ NO ☐
-----------	---	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

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

FIRMA TUTOR: BIGUACUANO

CC O PPT: 52357838

Nombre del animal de compañía: Bruno ESPECIE: Canino SEXO: M.

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: 17/02/26 COMUNIDAD: _____
 JORNADA: Brigada tipo 1A PROTECCIONISTA: ☒ HX: 170226-010
 CALLE: _____
 NOMBRE PACIENTE: Lulú ESPECIE: Felino RAZA: Mestizo EDAD: 6 años
 COLOR: Carey PESO: Kg 5 SEXO: M ☐ H ☒
 TENEDOR Y/O TUTOR: Blanca Alix Anaya Quintero C.C.: 52.557.839
 CONTACTO: 3229316586 E-MAIL: 3229316586@Sincorreo.com
 DIRECCIÓN: Kr 121 63 H 48 BARRIO: Sabana del Dorado
 ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ☐ BARF ☐ MIXTO ☒ CASERO ☐ AMBIENTE: CALLE ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☒ TERRAZA ☐ FINCA ☐

ANAMNESIS

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

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 42 rpm F. Cardíaca: 132 lpm T°: 38.4 MUCOSAS: Rosa
 TLLC: 1 Seg CONDICIÓN CORPORAL 5 /5 RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N. E.		NORMAL	ANORMAL	N. E.		NORMAL	ANORMAL	N. E.
ESTADO GENERAL	☒			MÚSCULO ESQUELÉTICO		☒		OÍDOS	☒		
PIEL Y ANEXOS	☒			NEUROLOGÍA	☒			NARIZ	☒		
DIGESTIVO	☒			GENITOURINARIO	☒			OJOS	☒		
RESPIRATORIO	☒			REPRODUCTIVO	☒			OTROS			
CARDIOVASCULAR	☒			LINFOIDE	☒						

HALLAZGOS ANORMALES

paciente obeso
sin otros cambios patológicos

PLANES TERAPÉUTICOS

Disminuir porción de comida en un 30%
Enriquecimiento ambiental para aumentar actividad física

PRONOSTICO:

Bueno

Ind. Medina U.
Médica veterinaria
Universidad de la Salle
T.P. 28366

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 28366

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)	DOCE 4 CHT 245095
	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)	FIPDO5VBAH 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 ☒ 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: B. Cuatrecasas

CC O PPT: 92 957 838

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

CONSENTIMIENTO: El arribante 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.



HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: 17/02/26

JORNADA: Brigada tipo 1a

COMUNIDAD:

PROTECCIONISTA: X

HX: 170226-011

CALLE:

NOMBRE PACIENTE:

Luna

ESPECIE:

Felino

RAZA:

Mestizo

EDAD:

2 años

TENEDOR Y/O TUTOR:

Blanco Alix Anayo Quintero

COLOR:

blanco Negro

PESO: Kg

6.4

SEXO: M

H

CONTACTO:

3229316586

C.C.:

52.557.839

DIRECCIÓN:

kr 124 63H 48

E-MAIL:

3229316586

ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO

BARF

MIXTO

CASERO

BARRIO:

Yabana el Dorado

AMBIENTE: CALLE

CASA

APARTAMENTO

TERRAZA

FINCA

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES:

OVH

LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO

ADOPTADO

RESCATADO

NACIDO

ENFERMEZAS ANTERIORES:

NR

ÚLTIMA VACUNACIÓN:

NR

FECHA:

NR

VERMIFUGACIÓN: SI

NO

FECHA:

NR

ÚLTIMO CELO:

NR

CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI

NO

CONSUME MEDICAMENTOS:

NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria

40

rpm

F. Cardíaca:

125

lpm

T°:

38.6°

MUCOSAS:

rosa

TLC:

1

Seg

CONDICIÓN CORPORAL

4.5

/5

RETORNO DE PIEL:

1

Seg

EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES

paciente obeso, sin otros cambios patológicos.

PLANES TERAPÉUTICOS

reducir la porción en un 30% enriquecimiento ambiental para aumentar actividad física.

PRONOSTICO:

Bueno.

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

FIRMA MÉDICO VETERINARIO:

TARJETA PROFESIONAL No.

28366.

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

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)	DC664CAT 245095
	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 ☒ 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: Pierluigi
CC O PPT: 52557383
Nombre del animal de compañía: Luka ESPECIE: felino SEXO: H

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