

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: <u>17/02/26</u>	COMUNIDAD: _____	HX: <u>170226-001</u>
JORNADA: <u>Brigada tipo 1A</u>	PROTECCIONISTA: <u>X</u>	CALLE: _____
NOMBRE PACIENTE: <u>Joy...</u>	ESPECIE: <u>Canino</u>	RAZA: <u>French poodle</u>
TENEDOR Y/O TUTOR: <u>Nataly Vanessa Pajoy Palino</u>	COLOR: <u>Blanco</u>	PESO: Kg <u>3.2</u>
CONTACTO: <u>3174348238</u>	E-MAIL: <u>3174348238</u>	SEXO: M ☐ H ☒
DIRECCIÓN: <u>Calle 88 94P 16BQ 1 IN 8</u>	BARRIO: <u>Ciudad Bachue Tetapá</u>	C.C.: <u>53.108.622</u>
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 <u>15</u> rpm	F. Cardíaca: <u>82</u> lpm	T°: <u>38.3°</u>	MUCOSAS: <u>ROSQ</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

Piometra, se encuentra pendiente para programación de cirugía
Ausencia de piezas dentales.

PLANES TERAPÉUTICOS

Continuar con los controles programados por el mv tratante y
los métodos diagnósticos sugeridos

PRONOSTICO:

Reservado.

Sandra Medina U.
Médica Vete
Universidad de la Salle

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: I.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)	0066 4 CAT 245045
	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)	FIPROSBRAY 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: Nataly Tzup

CC O PPT: 53106677

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

CONSENTIMIENTO: El arribante firma 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: _____	
JORNADA: <u>Brigada tipo 1A</u>		PROTECCIONISTA: <u>X</u>	HX: <u>170226-002</u>
NOMBRE PACIENTE: <u>Ato</u>		ESPECIE: <u>Canino</u>	RAZA: <u>Mestizo</u>
TENEDOR Y/O TUTOR: <u>Nataly Vanessa pajoy Patiño</u>		COLOR: <u>Negro</u>	EDAD: <u>15 años</u>
CONTACTO: <u>3174348238</u>		PESO: Kg <u>20.4</u>	SEXO: <u>M</u> ☒ <u>H</u> ☐
DIRECCIÓN: <u>calle 88 94 p 16 1 IN 8</u>		C.C.: <u>53108.622</u>	E-MAIL: _____
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ☐ BARF ☐ MIXTO ☒ CASERO ☐		BARRIO: <u>Ciudad Bachue Tetapa</u>	
AMBIENTE: CALLE ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☒ TERRAZA ☐ FINCA ☐		ANAMNESIS	
CIRUGÍAS ANTERIORES: <u>castración</u>		LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ RESCATADO ☒ NACIDO ☐	
ENFERMEDADES ANTERIORES: <u>Enf articular degenerativa</u>		FECHA: <u>NE</u>	
ÚLTIMA VACUNACIÓN: <u>NE</u>		FECHA: <u>NE</u>	
VERMIFUGACIÓN: SI ☐ NO ☒		CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ☒ NO ☐	
ÚLTIMO CELO: <u>NA</u>		CONSUME MEDICAMENTOS: <u>Librela</u>	

MOTIVO DE LA CONSULTA BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 10 rpm F. Cardíaca: 90 lpm T°: 38.0 MUCOSAS: rosa

TLLC: 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		✓		OIDOS	✓		
PIEL Y ANEXOS	✓			NEUROLOGÍA	✓			NARIZ	✓		
DIGESTIVO		✓		GENITOURINARIO	✓			OJOS	✓		
RESPIRATORIO	✓			REPRODUCTIVO	✓			OTROS			
CARDIOVASCULAR	✓			LINFOIDE	✓						

HALLAZGOS ANORMALES

- Enf. periodontal tipo III
 - Manifiestan que se encuentra en tratamiento para enfermedad articular degenerativa.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Realizar control radiográfico en un mes
- Realizar higiene oral 3 veces por semana.
- continuar con condroprotectores.

PRONOSTICO:

Reservado

Sandra Medina U
Médica Veterinaria

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Universidad de la Salle TARIETA PROFESIONAL No. 28366

T.P. 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)	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)	FIPROSPRAT F 100 1251
	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:

ATO

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: 17/02/26	COMUNIDAD:	PROTECCIONISTA: X	HX: 170226-003
JORNADA: Brigada tipo 1A	CALLE:		
NOMBRE PACIENTE: Maria	ESPECIE: Felino	RAZA: Mestizo	EDAD: 6A
TENEDOR Y/O TUTOR: Natuly Vanessa Pujoy Patino	COLOR: tabby amarillo	PESO: Kg 5.7	SEXO: M ☐ H ☒
CONTACTO: 3174348238	C.C.: 53.108.622	E-MAIL: 3174348238@incorreo.com	
DIRECCIÓN: calle 88 94P 16BQ 1 in 8	BARRIO: Ciudad Bachue etapa 1		
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ☒ BARF ☐ MIXTO ☐ CASERO ☐	AMBIENTE: CALLE ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☒ TERRAZA ☐ FINCA ☐		
ANAMNESIS			
CIRUGÍAS ANTERIORES: Ouh.		LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ RESCATADO ☒ NACIDO ☐	
ENFERMEDADES ANTERIORES: paciente positivo a leucemia.			
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 26 rpm F. Cardíaca: 188. lpm T°: 38.7 MUCOSAS: Rosa

TLLC: 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	☒			OIDOS	☒		
PIEL Y ANEXOS	☒			NEUROLOGÍA	☒			NARIZ	☒		
DIGESTIVO	☒			GENITOURINARIO	☒			OJOS	☒		
RESPIRATORIO	☒			REPRODUCTIVO	☒			OTROS		☒	
CARDIOVASCULAR	☒			LINFOIDE	☒						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente positivo a leucemia felina, se encuentra en control y tratamiento.
Al examen clínico no se evidencian alteraciones.

PLANES TERAPÉUTICOS

Continuar con los controles programados por el médico tratante.

PRONOSTICO:

Reservado.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina U.
Médica Veterinaria
Univer de la Salle TARIETA PROFESIONAL No. 28366
I.P. 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:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	DO66 4 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:

CC O PPT: 5302627

Nombre del animal de compañía:

Maria

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.

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: <u>17/02/26</u>	COMUNIDAD: _____	HX: <u>170226-004</u>
JORNADA: <u>Brigada tipo 1a</u>	PROTECCIONISTA: <u>X</u>	CALLE: _____
NOMBRE PACIENTE: <u>Mirringuis</u>	ESPECIE: <u>Felino</u>	RAZA: <u>Mestizo</u>
TENEDOR Y/O TUTOR: <u>Nataly Vanessa Pajoy Patino</u>	COLOR: <u>Negro</u>	PESO: Kg <u>3.5</u>
CONTACTO: <u>317 434 8238</u>	EDAD: <u>17 A</u>	SEXO: M ☐ H ☒
DIRECCIÓN: <u>Calle 88 94 P 16 BQ 1 N8</u>	CC: <u>53.108.622</u>	E-MAIL: <u>317 434 8238 @sincoreo.com</u>
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ☒ BARF ☐ MIXTO ☐ CASERO ☐	BARRIO: <u>Ciudad Bucho 1</u>	
AMBIENTE: CALLE ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☒ TERRAZA ☐ FINCA ☐		
ANAMNESIS		
CIRUGÍAS ANTERIORES: <u>0 y h</u>	LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ RESCATADO ☒ NACIDO ☐	
ENFERMEDADES ANTERIORES: <u>NR</u>	FECHA: <u>NR</u>	
ÚLTIMA VACUNACIÓN: <u>NR</u>	FECHA: <u>NR</u>	
VERMIFUGACIÓN: SI ☐ NO ☒	CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ☒ NO ☐	
ÚLTIMO CELO: <u>NR</u>		
CONSUME MEDICAMENTOS: <u>NR</u>		

MOTIVO DE LA CONSULTA BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria: <u>30</u> rpm	F. Cardíaca: <u>160</u> lpm	T°: <u>38.6</u>	MUCOSAS: <u>ROSA</u>
TLLC: <u>2</u> Seg	CONDICIÓN CORPORAL: <u>3</u> /5	RETORNO DE PIEL: <u>1</u> Seg	
EXAMEN CLÍNICO			
ESTADO GENERAL	NORMAL	ANORMAL	N. E.
PIEL Y ANEXOS	☒	☐	☐
DIGESTIVO	☒	☐	☐
RESPIRATORIO	☒	☐	☐
CARDIOVASCULAR	☒	☐	☐
MÚSCULO ESQUELÉTICO	☒	☐	☐
NEUROLOGÍA	☒	☐	☐
GENITOURINARIO	☒	☐	☐
REPRODUCTIVO	☒	☐	☐
LINFOIDE	☒	☐	☐

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano, no presenta signos ni síntomas compatibles con enfermedad

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

PRONOSTICO: Bueno

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

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 28366

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)	DOG 4 CAT 245495
	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: [Firma]

CC O PPT: 551036620

Nombre del animal de compañía: Mirringuis 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: <u>17/02/26</u>		COMUNIDAD: _____	
JORNADA: <u>Brigada tipo 1a</u>		PROTECCIONISTA: ☒	HX: <u>170226-005</u>
NOMBRE PACIENTE: <u>Noha</u>		ESPECIE: <u>Felino</u>	RAZA: <u>Mestizo</u>
TENEDOR Y/O TUTOR: <u>Nataly Vanessa Pajoy Patiño</u>		COLOR: <u>Grey</u>	PESO: Kg <u>3.8</u>
CONTACTO: <u>3174348238</u>		C.C.: <u>53108622</u>	EDAD: <u>7a</u>
DIRECCIÓN: <u>Calle 88 94P 16 1 IN 8</u>		SEXO: M ☐ H ☒	
E-MAIL: <u>13174348238@vincorreo.com</u>		BARRIO: <u>Ciudad Bachue 1 etapa</u>	
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ☐ BARF ☐ MIXTO ☒ CASERO ☐		AMBIENTE: CALLE ☐ CASA ☒ APARTAMENTO ☐ TERRAZA ☐ FINCA ☐	

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: <u>OVH</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>NA</u>	CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ☒ NO ☐
CONSUME MEDICAMENTOS: <u>NA</u>	

MOTIVO DE LA CONSULTA BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria: <u>24</u> rpm	F. Cardíaca: <u>190</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	☒			OÍDOS	☒		
PIEL Y ANEXOS		☒		NEUROLOGÍA	☒			NARIZ	☒		
DIGESTIVO	☒			GENITOURINARIO	☒			OJOS	☒		
RESPIRATORIO	☒			REPRODUCTIVO	☒			OTROS			
CARDIOVASCULAR	☒			LINFOIDE	☒						

HALLAZGOS ANORMALES

Posible hernia abdominal
Sin otros cambios patológicos

PLANES TERAPÉUTICOS

monitoreo constante y si observa alteraciones debe consultar

PRONOSTICO:

Buena


Leonardo Guerrero
 Médico Veterinario Nariño
 TP. 46046

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____

TARJETA PROFESIONAL No. _____

46046

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)	0066 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)	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: Nohy Fejov

CC O PPT: 53103682

Nombre del animal de compañía: Noha 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	COMUNIDAD: _____	PROTECCIONISTA: _____	HX: A0226-006
JORNADA: Brigada tipo 1a	CALLE: _____	RAZA: Mestizo	EDAD: 17a
NOMBRE PACIENTE: Pippin	ESPECIE: Felino	PESO: Kg 3.5	SEXO: M ☐ H ☒
TENEDOR Y/O TUTOR: Nataly Vanessa Pajoy Patino	COLOR: Tabby	C.C.: 53.108.622	
CONTACTO: 3174348238	E-MAIL: 3174348238@sin correo.com		
DIRECCIÓN: Calle 88 94P 16BQ 1118	BARRIO: Ciudad Bachue 1 etapa		
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ☐ BARF ☐ MIXTO ☒ CASERO ☐	AMBIENTE: CALLE ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☒ TERRAZA ☐ FINCA ☐		
ANAMNESIS			
CIRUGÍAS ANTERIORES: castracion	LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ RESCATADO ☒ NACIDO ☐		
ENFERMEDADES ANTERIORES: enf renal.			
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR	FECHA: NR		
VERMIFUGACIÓN: SI ☐ NO ☒	FECHA: NR		
ÚLTIMO CELO: NR	CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ☒ NO ☐		
CONSUME MEDICAMENTOS: Ron-hel.			

MOTIVO DE LA CONSULTA
BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 30 rpm F. Cardíaca: 120 lpm T°: 38.6 MUCOSAS: rosa.

TLLC: _____ Seg CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 RETORNO DE PIEL: _____ 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 renal, se encuentra en tratamiento y controles

PLANES TERAPÉUTICOS

Continuar tratamiento y controles de acuerdo con el criterio del médico tratante.

PRONOSTICO:

Reservado

Sandra Medina U.
Médica Veterinaria
Universidad de Salto
I.R. 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:
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	• 1066 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)	• F. PROSPRAY F 100 1251
	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]

CC O PPT: 33108662

Nombre del animal de compañía: Pippin 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 CLÍNICA BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS CPS 589-2025

FECHA: <u>17-02-26</u>		COMUNIDAD: _____	
JORNADA: <u>Brigada tipo 1A</u>		PROTECCIONISTA: ☒	HX: <u>R0226-007</u>
NOMBRE PACIENTE: <u>WICCA</u>		ESPECIE: <u>Felino</u>	RAZA: <u>Mestizo</u>
TENEDOR Y/O TUTOR: <u>Nataly Vanessa Papy Patino</u>		COLOR: <u>negro y blanco</u>	PESO: Kg <u>3.1</u>
CONTACTO: <u>3174348238</u>		C.C.: <u>53.108.622</u>	
DIRECCIÓN: <u>Calle 88 94P 16 BQ 1 IN 8</u>		E-MAIL: <u>3174348238@sincomie.com</u>	
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ☐ BARF ☐ MIXTO ☒ CASERO ☐		BARRIO: <u>Ciudad Bachue 1etapa</u>	
AMBIENTE: CALLE ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☒ TERRAZA ☐ FINCA ☐			
ANAMNESIS			
CIRUGÍAS ANTERIORES: <u>00n</u>		LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ RESCATADO ☒ NACIDO ☐	
ENFERMEDADES ANTERIORES: <u>Enf renal</u>			
ÚLTIMA VACUNACIÓN: <u>NZ</u>		FECHA: <u>NZ</u>	
VERMIFUGACIÓN: SI ☐ NO ☒		FECHA: <u>NZ</u>	
ÚLTIMO CELO: <u>NZ</u>		CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ☒ NO ☐	
CONSUME MEDICAMENTOS: <u>Penheel y renalox</u>			

MOTIVO DE LA CONSULTA BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria: <u>24</u> rpm	F. Cardíaca: <u>188</u> lpm	T°: <u>38.7</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.
ESTADO GENERAL	☒	☐	☐	MÚSCULO ESQUELÉTICO	☒	☐	☐
PIEL Y ANEXOS	☒	☐	☐	NEUROLOGÍA	☒	☐	☐
DIGESTIVO	☒	☐	☐	GENITOURINARIO	☒	☐	☐
RESPIRATORIO	☒	☐	☐	REPRODUCTIVO	☒	☐	☐
CARDIOVASCULAR	☒	☐	☐	LINFOIDE	☒	☐	☐

HALLAZGOS ANORMALES

Enf renal, Tutora reporta tratamiento

PLANES TERAPÉUTICOS

Seguir con el tratamiento y realizar los controles sugeridos por el médico veterinario.

PRONOSTICO:

Reservado

Sandra Medina U.
 Médico Veterinaria
 Univer. de la Salle
 I.P. 28366

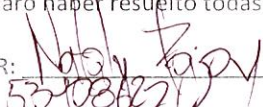
FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 28366

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)	DOGG 4CAT 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: 

CC O PPT: 53108670

Nombre del animal de compañía: Wicca 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	COMUNIDAD: _____	HX: 170226-008
JORNADA: Brigada tipo 1a	PROTECCIONISTA: X	CALLE: _____
NOMBRE PACIENTE: Mango	ESPECIE: felino	RAZA: Mestizo
TENEDOR Y/O TUTOR: Nataly Vanessa Pajoy Patino	COLOR: Tabby amarillo	PESO: Kg 6.2
CONTACTO: 3174348238	C.C.: 53108622	SEXO: M ☒ H ☐
DIRECCIÓN: CL 88 94P 16 BQ 1 IN 8	E-MAIL: 3174348238@sincorreio.com	
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ☐ BARF ☐ MIXTO ☒ CASERO ☐	BARRIO: Ciudad Bachup 1 etapa	
AMBIENTE: CALLE ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☒ TERRAZA ☐ FINCA ☐		
ANAMNESIS		
CIRUGÍAS ANTERIORES: Castración	LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ RESCATADO ☒ NACIDO ☐	
ENFERMEDADES ANTERIORES: paciente positivo a leucemia	FECHA: NR	
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR	FECHA: NR	
VERMIFUGACIÓN: SI ☐ NO ☒	CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ☒ NO ☐	
ÚLTIMO CELO: NA		
CONSUME MEDICAMENTOS: NR		

MOTIVO DE LA CONSULTA BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 26 rpm	F. Cardíaca: 190 lpm	T°: 38.5	MUCOSAS: ROSA
TLLC: 2 Seg	CONDICIÓN CORPORAL 4.5 /5	RETORNO DE PIEL: 1 Seg	

EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES

- Paciente obeso
- Paciente diagnosticado con leucemia felina
- al examen clínico no se observan alteraciones relacionadas con su diagnóstico.

PLANES TERAPÉUTICOS

continuar con monitoreo constante y controles

PRONOSTICO:

Reservado

Sandra Medina U
Médica Veterinaria
Universidad de la Salle

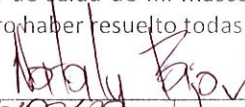
FIRMA MÉDICO VETERINARIO: I.P. 28366 TARJETA PROFESIONAL No. 28366

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)	✓ DOGG 4 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: 

CC O PPT: 5310362

Nombre del animal de compañía: Mango ESPECIE: Felino 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
JORNADA: Brigada tipo 1ACOMUNIDAD: _____
PROTECCIONISTA: / HX: 170226-009
CALLE: _____NOMBRE PACIENTE: Pacho ESPECIE: Felino RAZA: Mestizo EDAD: 10A
COLOR: Negro PESO: Kg 5 K SEXO: M ☒ H ☐
TENEDOR Y/O TUTOR: Nataly Vanessa Pajoy Patino C.C.: 53.108.622
CONTACTO: 3174348238 E-MAIL: 3174348238@sincorreo.com
DIRECCIÓN: CL 89 94P 16 BQ 1 IN 8 BARRIO: Ciudad Bachue 1 etapa
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ☐ BARF ☐ MIXTO ☒ CASERO ☐ AMBIENTE: CALLE ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☒ TERRAZA ☐ FINCA ☐

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Castración 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 26 rpm F. Cardíaca: 190 lpm T°: 38.4 MUCOSAS: ROSATLLC: 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 sano no presenta signos ni síntomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

PRONOSTICO:

BuenaSandra Medina U.
Médica Veterinaria
Univ. Ciudad de la SalleFIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ I.P. 28366 TARJETA PROFESIONAL No. 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:
	VACUNA TOS DE PERRERAS	LOTE:
	VACUNA TRIPLE FELINA	LOTE: 004-25 ✓
	OTRA	
DESPARASITACIÓN INTERNA	DESPARASITACIÓN INTERNA PACIENTE TALLA PEQUEÑA (0 KG- 10 KG)	DOGGYCAT 245015 ✓
	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: Nelly Pardo

CC O PPT: 5203627

Nombre del animal de compañía: Pacho ESPECIE: Felino 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.