



ALCALDÍA LOCAL DE  
**KENNEDY**



Alcaldía Local de Kennedy

## HISTORIA CLINICA BRIGADAS MÉDICAS DE ANIMALES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD

### CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS 800 DE 2025

#HC

682

**Objeto:** “ INV-U-14 Prestar el servicio de atención a caninos y felinos en condición de vulnerabilidad y en estratos 1,2 y 3 de la localidad de Kennedy a través de programas y/o servicios de esterilización, brigadas médico-veterinarias, urgencias veterinarias, adopción, así como la educación de los tenedores con el fin de mejorar las condiciones y calidad de vida de los animales y la comunidad”

### DATOS DE PROPIETARIO Y DEL PACIENTE

|                  |                                      |                           |                                                                  |
|------------------|--------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Fecha            | 18/12/2025                           | Ultima vacunación         | NR                                                               |
| Condición actual | RED DE CUIDADORAS/<br>PROTECCIONISTA | Ultima<br>desparasitación | NR                                                               |
|                  |                                      | Esterilizado?             | SI                                                               |
|                  |                                      | Apetito                   | NORMAL                                                           |
|                  |                                      | Tenedor                   | LUZ EDIDH MONTIEL VIUCHE                                         |
| Nombre paciente  | ATI                                  | Tipo de documento         | CEDULA                                                           |
| Edad             | 3 AÑOS                               | Identificación            | 52031159                                                         |
| Especie          | FELINO                               | Telefono                  | 3132507479                                                       |
| Raza             | MESTIZO                              | Dirección                 | CALLE 54 F SUR 78 A 19                                           |
| Sexo             | Macho                                | Correo                    | <a href="mailto:DEPRIL229@HOTMAIL.COM">DEPRIL229@HOTMAIL.COM</a> |
| Peso (Kg)        | 2,4                                  | UPZ                       | 81 GRAN BRITALIA                                                 |
| Color            | ATIGRADO                             |                           |                                                                  |

### ANAMNESIS

BRIGADA MEDICA,TENEDOR REPORTA APARENTE BUEN ESTADO DE SALUD

|              |      |               |         |
|--------------|------|---------------|---------|
| FC (lat/min) | 132  | FR (resp/min) | 24      |
| TEMPERATURA  | 37.9 | MUCOSAS       | ROSADAS |
| TLLC (s)     | 2    |               |         |

### EXAMEN CLINICO

|                             |                                                     |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------|
| SISTEMA<br>CARDIOVASCULAR   | SIN CAMBIOS PATOLOGICOS APARENTES AL EXAMEN CLINICO |
| SISTEMA<br>RESPIRATORIO     | SIN CAMBIOS PATOLOGICOS APARENTES AL EXAMEN CLINICO |
| SISTEMA<br>NEUROLOGICO      | SIN CAMBIOS PATOLOGICOS APARENTES AL EXAMEN CLINICO |
| SISTEMA DIGESTIVO           | SIN CAMBIOS PATOLOGICOS APARENTES AL EXAMEN CLINICO |
| SISTEMA GENITO-<br>URINARIO | SIN CAMBIOS PATOLOGICOS APARENTES AL EXAMEN CLINICO |
| PIEL Y MUCOSAS              | SIN CAMBIOS PATOLOGICOS APARENTES AL EXAMEN CLINICO |
| SISTEMA<br>OSTEOMUSCULAR    | SIN CAMBIOS PATOLOGICOS APARENTES AL EXAMEN CLINICO |
| ORGANOS DE LOS<br>SENTIDOS  | SIN CAMBIOS PATOLOGICOS APARENTES AL EXAMEN CLINICO |



ALCALDÍA LOCAL DE  
**KENNEDY**



Alcaldía Local de Kennedy

### DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

SANO AL EXAMEN CLINICO

### VACUNACIÓN

NOMBRE VACUNA

TRIPLE FELINA

### DESPARASITACIÓN INTERNA O EXTERNA

MEDICAMENTO

CANTIDAD

NO

-

NO

-

### MEDICAMENTOS USADOS / ENTREGADOS CON FORMULA MÉDICA

MEDICAMENTO

CANTIDAD

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

NOMBRE TEST VIRAL UTILIZADO

NO

RESULTADO

-

### OBSERVACIONES MEDICO VETERINARIO

NINGUNA

### CONSENTIMIENTO VACUNACIÓN

A través de la información brindada por el Médico Veterinario he comprendido cuales son los beneficios y los riesgos de la vacunación el mi animal de compañía, se me ha brindado verbalmente información sobre los posibles efectos adversos, y condiciones relacionadas con la aplicación de las vacunas en los perros y en los gatos, por lo tanto, autorizo la aplicación de la vacuna a mi animal de compañía. (Aplica en caso de que se realice la vacunación del animal descrito en la presente historia clínica)

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El 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.

### FIRMA

MÉDICO VETERINARIO/ T.P