Alcaldía Local de Kennedy

HISTORIA CLINICA BRIGADAS MÉDICAS DE ANIMALES EN CONDICÓN DE VULNERABILIDAD

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS 800 DE 2025

#HC	876	

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	15/01/2026	Ultima vacunación	NR
Condición actual	RED DE CUIDADORAS/ PROTECCIONISTA	Ultima desparasitación	NR
		Esterilizado?	SI
		Apetito	NORMAL
		Tenedor	GLORIA EDITH RODRIGUEZ CARDENAS
Nombre paciente	KIARA	Tipo de documento	CEDULA
Edad	18 MESES	Identificación	26468397
Especie	CANINO	Telefono	3008491893
Raza	MESTIZO	Dirección	KR88 G 40B 21 SUR
Sexo	Hembra	Correo	GGGLORIA2011@GMAIL.COM
Peso (Kg)	20	UPZ	82 PATIO BONITO
Color	BLANCO		

ANAMNESIS

BRIGADA MEDICA,TENEDOR REPORTA APARENTE BUEN ESTADO DE SALUD

FC (lat/min)	134	FR (resp/min)	30
TEMPERATURA	38,5	MUCOSAS	ROSADAS
TLLC (s)	2		

EXAMEN CLINICO

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

Alcaldía Local de Kennedy

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

SANO AL EXAMEN CLINICO

VACUNACIÓN

NOMBRE VACUNA	KC

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

