Alcaldía Local de Kennedy

HISTORIA CLINICA BRIGADAS MÉDICAS DE ANIMALES EN CONDICÓN DE VULNERABILIDAD

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS 800 DE 2025

#HC	944

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	17/01/2026	Ultima vacunación	NR
Condición actual	CON TENEDOR RECICLADOR	Ultima desparasitación	NR
		Esterilizado?	SI
		Apetito	NORMAL
		Tenedor	SOLANGIE ARIZA
Nombre paciente	CHIQUIS	Tipo de documento	CEDULA
Edad	14 AÑOS	Identificación	1026550098
Especie	FELINO	Telefono	3003365762
Raza	MESTIZO	Dirección	PARQUE MILLOS
Sexo	Hembra	Correo	SINCORREO@GMAIL.COM
Peso (Kg)	4	UPZ	82 PATIO BONITO
Color	NEGRO		

ANAMNESIS

BRIGADA MEDICA,TENEDOR REPORTA APARENTE BUEN ESTADO DE SALUD

FC (lat/min)	120	FR (resp/min)	23
TEMPERATURA	38,2	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	**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	