Alcaldía Local de Kennedy

HISTORIA CLINICA BRIGADAS MÉDICAS DE ANIMALES EN CONDICÓN DE VULNERABILIDAD

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS 800 DE 2025

#HC	1113

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	19/01/2026	Ultima vacunación	NR
Condición actual	CALLE	Ultima desparasitación	NR
		Esterilizado?	SI
		Apetito	INAPETENCIA
		Tenedor	NORMA MONTES
Nombre paciente	NALA	Tipo de documento	CEDULA
Edad	6 AÑOS	Identificación	524811690
Especie	FELINO	Telefono	3107866157
Raza	MESTIZO	Dirección	KR 82 A 8A 33
Sexo	Hembra	Correo	NORCOS78@HOTMAIL.COM
Peso (Kg)	1,8	UPZ	46 CASTILLA
Color	PARDO		

ANAMNESIS

FELINA REPORTADA POR URGENCIAS DEBIDO A DECAIMIENTO MARCADO

FC (lat/min)	135	FR (resp/min)	28
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	INAPETENCIA
SISTEMA GENITO-URINARIO	SIN CAMBIOS PATOLOGICOS APARENTES AL EXAMEN CLINICO
PIEL Y MUCOSAS	PALIDAS
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

CALICIVIRUS,PANLEUCOPENIA ,ANEMIA,CAQUEXIA

VACUNACIÓN

NOMBRE VACUNA	NINGUNA

DESPARASITACIÓN INTERNA O EXTERNA

MEDICAMENTO	CANTIDAD
NO	-
NO	-

MEDICAMENTOS USADOS / ENTREGADOS CON FORMULA MÉDICA

MEDICAMENTO	CANTIDAD
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

-

NOMBRE TEST VIRAL UTILIZADO	VIF Y VILEF
RESULTADO	NEGATIVO

OBSERVACIONES MEDICO VETERINARIO

FELINA CON DECAIMIENTO ,BAJA CONDICION CORPORAL ,MUCOSAS PALIDAS ,INAPETENCIA ,LESIONES ORALES ,ENFERMEDAD PERIODONTAL,SE EVIDENCIA ANEMIA ,SE REALIZA PRUEBA FIV FeLV NEGATIVA ,PACIENTE YA EN ATENCION MEDICA AL MOMENTO DE LA EVALUACION .SE RECOMIENDA MANEJO INSTAURADO Y MONITOREO CLINICO

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

