Alcaldía Local de Kennedy

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

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS 800 DE 2025**

| | |
|---|---|
| **#HC** | 1902 |

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 | 10/02/2026 | Ultima vacunación | NR |
| Condición actual | RED DE CUIDADORAS/ PROTECCIONISTA | Ultima desparasitación | NR |
| | | Esterilizado? | SI |
| | | Apetito | INAPETENCIA |
| | | Tenedor | ESPERANZA MUÑOZ |
| Nombre paciente | ALASKA | Tipo de documento | CEDULA |
| Edad | 6 AÑOS | Identificación | 51676377 |
| Especie | CANINO | Telefono | 3124512476 |
| Raza | MESTIZO | Dirección | CALLE 42 F 81 B 25 SUR |
| Sexo | Hembra | Correo | NESPERANZAM-30@HOTMAIL.COM |
| Peso (Kg) | 23 | UPZ | 80 CORABASTOS |
| Color | BLANCO | | |

### ANAMNESIS

TUTOR REFIERE CAMBIO EN LA ACTIVIDAD Y BAJO DE PESO

| | | | |
|---|---|---|---|
| FC (lat/min) | 125 | FR (resp/min) | 16 |
| TEMPERATURA | 37,8 | 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 | 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 |
|---|
| PARASITOSIS ,INSUFICIENCIA HEPATICA,NEOPLASIA , |

| VACUNACIÓN | |
|---|---|
| **NOMBRE VACUNA** | **PENTAVALENTE** |

| DESPARASITACIÓN INTERNA O EXTERNA | |
|---|---|
| **MEDICAMENTO** | **CANTIDAD** |
| ADVANTAGE PERRO 10-25KG | 1 |
| NO | - |
| | |

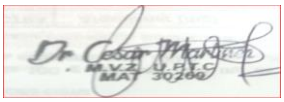
| MEDICAMENTOS USADOS / ENTREGADOS CON FORMULA MÉDICA | |
|---|---|
| **MEDICAMENTO** | **CANTIDAD** |
| COMPLEMIL | 1 TARRO |
| | |
| | |
| | |
| | |

| - | |
|---|---|
| **NOMBRE TEST VIRAL UTILIZADO** | NO |
| **RESULTADO** | - |

| OBSERVACIONES MEDICO VETERINARIO |
|---|
| PACIENTE CON BAJA CONDICION CORPORAL ,SE RECOMIENDA EXAMNES COMPLEMENTARIOS Y CONTROL SINTOMATICO |

| 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 |  |

| CONSORCIO PYBA KENNEDY 2025-2 | BRIGADAS MÉDICO VETERINARIAS |
|---|---|
| | Contrato de prestación de servicios CPS 800 DE 2025 |
| | RECETA MÉDICA |

Alcaldía Local de Kennedy

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA | 10 Feb 2026 | SEXO | Hembra |
| NOMBRE | Nicole | PESO | 12 kilos |
| ESPECIE | Canino | EDAD | 4 años |

I Complemil® Suspensión

Administrar vía oral 5ml cada 24 horas por 20 días

| | | |
|---|---|---|
| Nancy Esperanza Duque L<br>Nombre completo persona que recibe la formula y medicamentos. | | FIRMA |
| Médico Veterinario | TP | FIRMA |