W= 1, 28

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

# FORMATO HOJA DE HOSPITAL UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
## URGENCIAS VETERINARIAS CPS 533-2025

| | | | |
|---|---|---|---|
| Historia Clínica: 09 | Nombre Paciente: Ginger | Peso (kg): 1,3kg | OBSERVACIONES: Hembra, B/N. |
| Fecha Ingreso: 15/01/2026 | Fecha Salida: | | |
| Diagnóstico presuntivo: | | | |

| Parámetro de Evaluación | 15-ene-26 | | 16-ene-26 | | 17-ene-26 | | 18-ene-26 | | 19-ene-26 | | 20-ene-26 | | gamma | | gamma | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Temperatura Corporal | | | 38.8 | 38.6 | 37.9 | 37.9 | 38.1 | 38°. | 38.2° | | 37.2 | 38.0 | | | | |
| Frecuencia Cardiaca | | | 200 | 196 | 201 | 170 | 162 | 192 | 195 | 196 | 170 | 165 | | | | |
| Frecuencia Respiratoria | | | 18 | 38 | 37 | 36 | 20 | 16 | 22 | 30 | 32 | 30 | | | | |
| Frecuencia Pulso | | | 200 | FILC | FILC | FILC | FILC | 192 | FILC | FILC | FILC | FILC | | | | |
| Color de mucosas | | | Rosa | Rosa | Rosa | Rosa | Rosa | Rosa | Rosa | Rosa | Rosa Pal | Rosa | | | | |
| Apetito | | | NO | SI | POCO | NO | NO | SI. | POCO | POCO | SI | SI | | | | |
| Sed | | | UG | SI | POCO | NO | NO | SI. | NO | SI | SI | SI | | | | |
| Estado de ánimo | | | Decaido | Alerta | Alerta | Decaido | Decaido | Alerta | Alerta | Alerta | Alerta | Alerta | | | | |
| Consist. Heces | | | Diarrea | Diarrea | Diarrea | Diarrea | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | | | |
| Vomito | | | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | | | |
| Producción de orina | | | SI | SI | SI | SI | SI | SI. | SI | SI | SI | SI | | | | |
| Grado de deshidratación | | | 7% | 7% | 7% | 7% | 7%. | 7%. | 7% | 7% | 7% | 7% | | | | |

| Tratamiento | Vía Admon | Dosis | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM | AM | PM |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Omeprazol | IV SID | 0.1 ml | | (11) | ~~10~~ | ~~10~~ | — | (2) | (2) | (2) | 2 | 2 | — | — | | | | |
| cefenia | IV SID | 0.13ml. | | (11) | ~~22~~ | ~~22~~ | — | — | — | — | — | — | — | — | | | | |
| Metronidazol | PO BID | 0.05ml. | | (11) | (11) | (11) | 11 | (2) | (2) | (2) | (2) | 2 | (2) | (2) | | | | |
| Dextrosa. | IV BID | 1 ml | | (11) | (11) | (11) | 11 | (2) | (2) | (2) | 2 | — | — | — | | | | |
| SP | IV cada 2h | 2,1 ml | | | | | | | | | | (10) | (5) | (5) | | | | |
| Canglob P | SC SID | 0,5ml | | | | | | | (12) | — | (12) | — | (12) | — | (12) | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

15/1/26, 23:49 FORMATOS URGENCIAS FONTIBÓN (2).docx - Documentos de Google

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

# TRIAGE PARA AUTORIZACIÓN DE INGRESO DE PACIENTE
## PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| BOGOTA D.C | FECHA dd/mm/aaaa: 15/01/2026 | Hora: AM ☐ PM ☒ | N° 09 |
| Descripción de la solicitud: Exámenes, hospitalización, consulta. | | | |
| Canino ☒ Felino ☐ | Macho ☐ Hembra ☒ | Nombre: Gingar | Microchip: N.R. |
| Edad: 1 Mes | Color: B/N | Raza: Mestizo | |
| Dirección: Cra 99bis 14-05 | Barrio: Zona franca | Localidad: FONTIBÓN | |
| Observaciones: Presentan vómito y diarea hace 2 días, inapetencia de 24 horas. | | | |
| | | | |
| Conductor | Vehículo: | Triage: | |
| DATOS DEL SOLICITANTE Y/O TESTIGO | | | |
| Nombre: Myriam Yagama. | N.° Documento: 35.507.658 | Teléfono: 3108709678 | |
| CONTRATO N°: 533-2025 | CORPORACIÓN COLECTIVO DIGERATI | | |

Como ciudadano declaró que el canino y/o felino referenciado no es de mi propiedad, fue rescatado y se encuentra en hogar de paso. Lo entrego en las condiciones de salud que indica el médico veterinario en la valoración, para su atención clínica.

Se hace entrega del paciente a **CORPORACIÓN COLECTIVO DIGERATI** y/o **CLÍNICA VETERINARIA ZOOVET** para su respectiva valoración, atención y demás procedimientos de acuerdo con el anexo técnico y demás documentos integrales.

| CIUDADANO / TESTIGO | MÉDICO VETERINARIO |
|---|---|
| NOMBRE: Myriam Yagama | NOMBRE: Laura Ospina |
| CC.: 35.507.658 | T.P: 56889 |
| FIRMA | FIRMA |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS**

**CPS 533-2025**

Bogotá D.C., 15 de Enero de 2026

Yo Mylan Yaqama, identificado con CC ☒ CE ☐ No. 35.507.658 de manera expresa, libre, y voluntaria, en pleno uso de mis facultades mentales y actuando en calidad de tutor/cuidador, doy mi consentimiento para que mi animal de nombre Ginger, de especie Canino raza Criollo y con # de historia clínica: 09, sea hospitalizada por el equipo médico de la clínica operadora **CLINICA VETERINARIA ZOOVET,** contratada por **CORPORACIÓN COLECTIVO DIGERATI en** cumplimiento del **CPS 533-2025**, organización aprobada por la supervisión del proyecto para la atención de urgencias durante el desarrollo de este.

Me han explicado que dicha recomendación es la conclusión del análisis de antecedentes suministrados, de los datos de la historia clínica, del examen clínico y pruebas diagnósticas practicadas hasta el momento. Tal determinación está fundamentada en un diagnóstico diferencial de:

Entiendo que debo brindar información adecuada y veraz al equipo médico y de esto dependerá la exactitud del diagnóstico, además consta del seguimiento de las orientaciones que me otorgue el equipo médico para lograr éxito con el tratamiento indicado.

Doy constancia de que se me han explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí, los aspectos relacionados con la condición actual, estudio y tratamiento de la enfermedad, y se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias, las cuales han sido resueltas satisfactoriamente.

También comprendo que durante la hospitalización pueden ser requeridos diversos exámenes y procedimientos. Los cuales acepto en la medida en que sean necesarios para la recuperación. No obstante, en aquéllos que representen un riesgo mayor y en el caso de intervenciones quirúrgicas otorgaré mi consentimiento cuando me sea suministrada la información necesaria para tomar una decisión. Se me ha explicado también que, de rehusarme a realizar los exámenes diagnósticos, los procedimientos y tratamientos ordenados, estoy asumiendo la responsabilidad por sus consecuencias, con lo que exonero de ellas al equipo asistencial tratante.

Entiendo que el tratamiento intrahospitalario **no garantiza** la resolución de la enfermedad y que la responsabilidad de la Clínica Veterinaria y del equipo de profesionales consiste en colocar todo el conocimiento, pericia y medios técnicos a fin de alcanzar el mejor resultado posible, reconociendo que su actividad será de medios mas no de resultados.

La **CLÍNICA VETERINARIA ZOOVET** y la **Alcaldía Local de Fontibón** no se hacen responsables por la pérdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellos animales que por negligencia del tenedor/cuidador permanezcan dentro del hospital 2 días después de notificada la salida del paciente sin reclamación del mismo, pasados los cuales la **CLÍNICA VETERINARIA ZOOVET**, podrán disponer libremente del paciente sin que el propietario o responsable tenga derecho a realizar reclamación alguna en contra del establecimiento o su equipo. **CLÍNICA VETERINARIA ZOOVET**, tampoco se hacen responsables por el valor de los animales que en consecuencia de la enfermedad o un cuadro infeccioso avanzado no sea posible recuperar con los conocimientos actuales y recursos disponible

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

# FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS

**CPS 533-2025**

El presente consentimiento es firmado libre de toda presión de terceros incluyendo los médicos veterinarios y demás personal de la clínica veterinaria. Declaro con mi firma que se me ha informado el pronóstico, evolución, alternativas terapéuticas y posibles complicaciones. Además, declaro que acepto las condiciones del presente documento y exonero a la **CLÍNICA VETERINARIA ZOOVET** y la **Alcaldía Local de Fontibón** de toda responsabilidad civil, legal, contractual y extracontractual en virtud del servicio prestado a mi animal.

Firma:
Nombre tutor/cuidador: Myriam Zagama
Teléfono fijo: 3108709678
Celular:
C.C 35.507658 BTA

Firma:
Nombre Médico Veterinario: Lara Ocalle
T.P: 86584.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

# FORMATO DE EPICRISIS PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS CPS 533-2025

| | | |
|---|---|---|
| **H.C.:** 010 | **NOMBRE:** Cinder | **ESPECIE:** Canino |
| **SEXO:** macho | **PESO:** 1,3 kg | **MICROCHIP:** |
| **RAZA:** mestizo | **EDAD:** 1 mes | |

MOTIVO DE CONSULTA:

Diarrea y vomito.

EXÁMENES, DIAGNÓSTICO, PROCEDIMIENTOS:

Cuadro hemático
Test Distemper, Parvovirus, Coronavirus, Giardia

RESUMEN DE TRATAMIENTO:

manejo intrahospitalario

CONDICIÓN ACTUAL, PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES:

favorable

| | | | |
|---|---|---|---|
| Médico Veterinario: | Laura Valle | TP: 8621 | FIRMA |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

# FORMATO DE HISTORIA CLINICA
## URGENCIAS CPS 533-2025

| HISTORIA CLÍNICA No.: 09 | MICROCHIP: EN CLÍNICA _LECTOR__NO X | FECHA: 15/01/2026 |
|---|---|---|

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: Bimber | | PESO: 1,2kg |
|---|---|---|
| ESPECIE: CANINO X FELINO O | RAZA: mestizo | EDAD: 1mes SEXO H X M O |

**2. DATOS DE PRESENTACIÓN DE URGENCIA**

| RESPONSABLE: Miriam Yagama | QUIÉN DERIVA: | BARRIO: fontibon |
|---|---|---|

**3. MOTIVO DE CONSULTA**

vomito y diarrea desde hace unos dias, malestancia de 24 horas

**4. EXAMEN CLINICO**

| TEMPERATURA: 39,9 | FR. RESPIRATORIA: 40 | FR. CARDIACA: 160 | TLLC: 3" | CONDICIÓN CORPORAL: 3/5 | TRIAGE: |
|---|---|---|---|---|---|

| ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta_Deprimido X_Estupor_Coma | % DESHIDRATACIÓN: 0-5% O 6-7% O 8-9% X |
|---|---|
| MUCOSAS: Rosa_Pálidas X_Congest_Ictéricas_Cianóticas_ | ESTADO REPROD: Castrado_Entero X_Gestación_Lactancia_Sin Evidencia |

**5. DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS ANORMALES**

al examen clinico Paciente deprimido, deshidratacion del 9%. Dolor abdominal, Diarrea y vomito historico

**6. ABORDAJE DIAGNÓSTICO**

| | LISTA DE PROBLEMAS | LISTA MAESTRA | | DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES (DAMVIT) |
|---|---|---|---|---|
| 1. | vomito | | | Coronavirus |
| 2. | Diarrea | | | Parvovirus |
| 3. | Fiebre | | | Distemper |
| 4. | deshidratacion | | | Giardia |
| 5. | malestancia | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |

**7. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RESULTADOS**

| EXAMEN | REALIZADO | N R | FECHA | INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS |
|---|---|---|---|---|
| Test virales | / | | 15/01/26 | |
| Coprologico | / | | 15/01/26 | |
| cuadro hematico | / | | 15/01/26 | |

**8. PLAN TERAPÉUTICO INICIAL**

**9. DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVOS**

| 10. PRONÓSTICO | Bueno O | Reservado / O | Malo O |
|---|---|---|---|
| FECHA DE CONTROL: | | | |
| NOMBRE MÉDICO VETERINARIO Y T.P.: Juan Ordoñez 50529. | FIRMA | | |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

# FORMATO DE EVALUACIÓN Y CONTROL PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS CPS 533-2025

| H.C.: 09 | NOMBRE: Ginger | ESPECIE: Canino |
|---|---|---|
| SEXO: Macho | PESO: 1,3 kg | MICROCHIP: — |

| dd/mm/aa | |
|---|---|
| 15/01/26 | Paciente decaida al ingreso, presenta diarrea, no vómitos, consume poco alimento, se canaliza y administra toda su medicación intravenosa, se toman exámenes para descarto enfermedades virales y otros exámenes, a espera de evolución. |
| 16/01/26 | Permanecen muy alertas, consumen alimento los 3. consume mas cantidad Gala. Presentan 2 episodios de diarrea durante el dia. en el cuadro hematico de Ginger se evidencia una leucocitosis moderada y una leve disminución de los eritrocitos. se realiza examen de inmunocromatografia de distemper y sale negativo. se autoriza tambien inmunocromatografia de giardia, coronavirus y parvovirus. Pendiente tomar materia fecal. |
| 16/01/26 Noche | Paciente adormecida, no consume casi alimento, detiene spm. Indicado de cdo, use de, toma agua, constantes fisiologicas dentro de rango a la espera de resultados de Examenes. |
| 17/01/26. | paciente decaida, consume poco alimento. presenta un episodio. de diarrea. en la tarde viene a visitarlos la tutora y se informa que en los resultados de inmunocromatografia sale positivo. a parvovirus, giarda, coronavirus y sale negativo a Distemper. |
| 17/01/26 | Paciente Más alerta, consume poco alimento, no detiene orina, toma agua, se inicia inyectología de cambio ? SC 0,4ml/kg se queda a la espera de evolución |
| | |
| | |
| | |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

# FORMATO DE EVALUACIÓN Y CONTROL PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS CPS 533-2025

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **H.C.:** | 09 | **NOMBRE:** | Ginger | **ESPECIE:** | Canino |
| **SEXO:** | Macho | **PESO:** | 1,3 kg | **MICROCHIP:** | — |

| dd/mm/aa | |
|---|---|
| 18/1/26 (día). | Paciente alerta, orina, no defeca, no vomita, consume muy bien alimento, no presenta ninguna alteración durante el turno a espera de evolución. |
| 18/01/26 Noche | Paciente permanece en poca mas alerta consume poco alimento y agua poca de igual forma, Orina pero no defeca se continua con tratamiento de canglob p además se observo una secreción ueidosa un poco mucosa de la vulva se continua con monitoreo |
| 19/1/26 día | Evolución favorable, consume bien alimento, Orina y defeca más consistente, está muy activa y con mucho ánimo, a espera evolución |
| 19/01/26 Noche | Paciente permanece mucho mas alerta se esta alimentando con gran avidez y consume agua de igual forma Orina pero no defeca, no se observa Secreción Vulval, se continua con el canglob p |
| 20/01/26 Día | Paciente alerta, come y bebe con normalidad, defeca y orina, se realiza formula medica para dar de alta en horas de la tarde. |
| 20/01/26 noche | Permanece alerta orina y defeca, consume bien alimento, se habla de alta médica. |
| 21/01/26 Día | Paciente alerta con constantes fisiologicas en rango, come y bebe con normalidad, se da de alta sobre las 2 pm con formula médica |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

# FORMATO DE FÓRMULA MÉDICA
## PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS
## CPS 533-2025

| | | |
|---|---|---|
| H.C.: 09 | NOMBRE: GINGER | ESPECIE: CANINA |
| SEXO: HEMBRA | PESO: 1,3KL | MICROCHIP: |
| RAZA: MESTIZA | EDAD: APROX 1MES. | |

I) GASTRIVET® SUSPENSIÓN FRASCO #1.

ADMINISTRAR VIA ORAL 0,6ml CADA 12 HORAS POR 5 DIAS CONSECUTIVOS, 30 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO Y DE LA CENA

II) METRONID® SUSPENSIÓN – FRASCO #1

ADMINISTRAR VIA ORAL 0,04ml CADA 12 HORAS POR 4 DIAS CONSECUTIVOS SOBRE COMIDAS.

III) FORTIFLORA® SOBRES #5

MEZCLAR JUNTO CON EL ALIMENTO 1/2 (MEDIO) SOBRE DIARIO POR 10 DIAS CONSECUTIVOS

IV) VILUSID® SUSPENSIÓN – FRASCO #1

ADMINISTRAR VIA ORAL 0,3ml CADA 24 HORAS POR 30 DIAS

V) CANGLOB-P - SOLUCIÓN INYECTABLE

APLICAR VIA SUBCUTANEA 0,5ml CADA 24 HORAS POR 5 DIAS CONSECUTIVOS.

PACIENTE CON PRONOSTICO RESERVADO SI LA MASCOTA PRESENTA VOMITO, DIARREA, INAPETENCIA etc SE SUGIERE HOSPITALIZACIÓN

| NOMBRE TUTOR RESPONSABLE | CC | FIRMA |
|---|---|---|
| Myriam Zagona. | 35.507.658 | |
| NOMBRE MEDICO VETERINARIO | T.P: | FIRMA Y SELLO |
| JENNIFER UBAQUE RUEDA | 32268 | Jennifer Paola Ubaque Rueda T.P. 32268 Médica Veterinaria |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

**FORMATO DE PACIENTES DADOS DE ALTA**
**PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS**
**CPS 533-2025**

El prestador de servicios de Urgencias Veterinarias a través de la clínica operadora **CLINICA VETERINARIA ZOOVET,** contratada por **CORPORACIÓN COLECTIVO DIGERATI** en cumplimiento del **CPS 533-2025,** hace entrega del siguiente paciente dado de alta del programa de **URGENCIAS VETERINARIAS.**

| FECHA: 21 de Enero 12026 | ENTREGA No. |
|---|---|

| HISTORIA CLÍNICA | PACIENTE | ESPECIE | RAZA | EDAD |
|---|---|---|---|---|
| 10 | GINGER | CANINA | MESTIZA | 2 meses |

Condición en la que se entrega el paciente:

/

**CLINICA VETERINARIA ZOOVET**

MEDICO VETERINARIO : Laura Ovalle.
FIRMA:
TP : 56829

**TUTOR RESPONSABLE:**

NOMBRE: Myriam Lagoma
FIRMA:
CEDULA: 35.507.658
TELEFONO: 3108704678
DIRECCION:
Cra 99bis 14-05 casa 301

# REPORTE DE LABORATORIO
# ZOOVET CLÍNICA VETERINARIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE :** | GINGER | **CONSECUTIVO :** | 11626009098 |
| **ESPECIE :** | Canino | **FECHA :** | ENERO-16-2026 |
| **RAZA :** | CRIOLLO | **ETAPA BIOLÓGICA :** | Cachorro |
| **SEXO :** | Hembra | **PROPIETARIO :** | ALCALDIA FONTIBON |
| **EDAD :** | 1 MES | **MV REMITENTE :** | MV TURNO |

## HEMOGRAMA COMPLETO

| ANALITO | RESULTADO | UNIDAD | RANGO CACHORRO | ALTERACIONES ERITROCITARIAS | ESTADO | POIQUILOCITOS | ESTADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **LEUCOCITOS** | **23,6** | X $10^9$/L | 6-17 | Anisocitosis | | Equinocitos | |
| LINFOCITOS (absolutos) | **7,1** | X $10^9$/L | 0.8-6.1 | Policromasia | | Codocitos | |
| MONOCITOS (absolutos) | 1,7 | X $10^9$/L | 0-1.8 | aglutinación | | Acantocitos | |
| NEUTROFILOS (absolutos) | **14,2** | X $10^9$/L | 4-12.6 | rouleaux | | Esquinocitos | |
| EOSINOFILOS (absolutos) | 0,7 | X $10^9$/L | 0-12 | Rubricitos | | Queratocito | |
| LINFOCITOS (relativos) | 30 | % | 12-30 | **MORFOLOGIA LEUCOCITOS** | | excentrocito | |
| MONOCITOS (relativos) | 7 | % | 2-9 | Neu. Tóxicos | | **INCLUSIONES ERITROCTIARIAS** | |
| NEUTROFILOS (relativos) | 60 | % | 60-80 | Neu. Bandas | | C. Heinz | |
| EOSINOFILOS (relativos) | 3 | % | 2-7 | Hipersegmentados | | C. Howeel Jolly | |
| **ERITROCITOS** | **4,2** | X $10^{12}$/L | 4.3-6-3 | Lin. reactivos | | Punteo Basófillco | |
| HEMOGLOBINA | 10,7 | g/dL | 7.4-14.9 | Lin. atípicos | | **ALTERACIONES HALLADAS** | |
| CHCM | 33 | g/dL | 32-38 | **MORFOLOGIA PLAQUETARIA** | | PLASMA NORMAL-ERITROCITOS Y LEUCOCITOS NORMALES EN FORMA Y TAMAÑO-LEUCOCITOSIS-LINFOCITOSIS-NEUTROFILIA ABSOLUTA | |
| HCM | 20 | Pg | 20-25 | Macro plaquetas | | | |
| VCM | 62 | Fl | 62-78 | Micro plaquetas | | | |
| HEMATOCRITO | 31,8 | % | 30-42 | Agregados: | | | |
| **PLAQUETAS** | 451 | X $10^9$/L | 200-460 | **ARTEFACTOS PLASMA** | | | |
| PROTEINAS | 6 | g/dl | 6.0-7.8 | Micro coágulos | | | |
| ALBUMINA | 3,9 | g/dl | 2.2-2.9 | Coágulos | | | |
| GLOBULINAS | 2,1 | g/dl | 2.1-4.8 | Lipemia | | | |
| ALB/GLO | 1,9 | / | 0.72-1.5 | Ictericia | | | |
| N/O (no | | | | hemolisis | | | |

Hemograma automatizado URIT 2900 Vet plus, confirmación manual con lamina en microscopio

Mayra Rocío Martínez R.
M.V. Esp. Lab. Clínico Veterinario
UDCA TP 27564

Mayra Rocío Martínez Rojas
*Médico veterinario. Esp Lab clínico veterinario*
UDCA. TP 27864

# REPORTE DE LABORATORIO
# ZOOVET CLÍNICA VETERINARIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA: ENERO-17-2026** | **CONSECUTIVO: 011726001012** | | |
| **NOMBRE: GINGER** | **RAZA: CRIOLLO** | **EDAD:** 2 MESES | **SEXO: H** |
| **PROPIETARIO:** ALCALDIA FONTIBON | | **MV REMITENTE: MV TURNO** | |

## TEST GIARDIASIS CANINO

Inmunoensayo cromatográfico para la detección cualitativa de antígeno del parasito de la giardia en materia fecal . (bioguard Rapid Giardia Ag Test Kit, producido por Bioguard. Inc) Lote n. CA24090405 VEN. 2076/09/04.



**RESULTADO: POSITIVO**

Mayra Rocío Martínez R.
M.V. Esp Lab Clínico Veterinario
UDCA TP. 27864

Mayra Rocío Martínez Rojas
Médico veterinario. Esp Lab clínico veterinario
UDCA. TP 27864

# REPORTE DE LABORATORIO
# ZOOVET CLÍNICA VETERINARIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | : GINGER | **CONSECUTIVO** | : 11726001012 |
| **ESPECIE** | : Canino | **FECHA** | : ENERO-17-2026 |
| **RAZA** | : MESTIZO | **ETAPA BIOLÓGICA** | : Cachorro |
| **SEXO** | : Hembra | **PROPIETARIO** | : ALCALDIA FONTIBON |
| **EDAD** | : 2 MESES | **MV REMITENTE** | : MV TURNO |

## SEROLOGIA CORONAVIRUS CANINO

Inmunoensayo cromatográfico para la detección cualitativa de antígeno del virus de coronavirus canino en heces caninas. (Anigen Rapid CCV Ag Test Kit, producido por Bioguard. Inc) Lote n. 1104DDD063. Exp. JUNIO 14 de 2027

**RESULTADO** **POSITIVO**

## SEROLOGIA PARVOVIRUS CANINO

Inmunoensayo cromatográfico para la detección cualitativa de antígeno de Parvovirus Canino en heces caninas. (Anigen Rapid CPV Ag Test Kit, producido por Bioguard. Inc) Lote 1101DD067. Exp: JUNIO 22 DE 2027

**RESULTADO** **POSITIVO**

## SEROLOGIA DISTEMPER CANINO

Inmunoensayo cromatográfico para la detección cualitativa de antígeno del virus de moquillo en conjuntiva, orina, suero o plasma. (Anigen Rapid CDV Ag Test Kit, producido por Bionguard. Inc) Lote n. 1103DDD062. Exp. MAYO 14 de 2027

**RESULTADO** NEGATIVO