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: 25	Nombre Paciente: Fold	Peso (kg): 3.95 Kg	OBSERVACIONES:
Fecha Ingreso: 31/01/26	Fecha Salida: -		
Diagnóstico presuntivo: Trauma			

Parámetro de Evaluación	31/01/26	gamma 01.2.26		gamma 02.02.26		gamma 03.02.26		gamma		gamma		gamma		gamma	
Temperatura Corporal	39.9			38.1	38.1	39.2	39.0								
Frecuencia Cardiaca	167	152	181	187	172	152	160								
Frecuencia Respiratoria	38	40	28	42	44	30	28								
Frecuencia Pulso	FSC	FSC	FSC	FSC	FSC	FSC	FSC								
Color de mucosas	Rosa	Rosa	Rojo	Rosa	Rosa	Rosa	Rosa								
Apetito	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI								
Sed	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI								
Estado de animo	Decaido	Alerta	Decaido	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta								
Consist. Heces	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO								
Vomito	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO								
Producción de orina	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO								
Grado de deshidratacion	2-8%	7-8%	7-8%	8%	6%	6%	NO								

Tratamiento	Via Admon	Dosis	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM								
Dexametasona	IV BID	0.29 ml				12	12	12	12								
Dipirona	IV inf BID	0.19 ml	11	11	11	11	11	11	11								
Pregabalina	PO BID	0.39 ml	11	11	11	11	11	11	11								
Ampt sulbactam	IV BID	0.37 ml	12	12	12	12	12	13	11								
Ondansetol	IV inf BID	0.19 ml	1	1	1	1	//	//	//	//	//	//	//	//	//	//	//
Omeprazol	IV inf BID	0.34 ml	11	11	11	11	11	11	11								

Observaciones:

31/1/26, 23:21 FORMATOS URGENCIAS FONTIBÓN (2).docx - Documentos de Google

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

Dos lados

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS

CPS 533-2025

Bogotá D.C., 31 *de* Enero *de 2026*

Yo Carolina martinez, identificado con CC ☒ CE ☐ No. 1015999817 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 Fara, de especie Felino raza Macho y con # de historia clínica:_____, 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: Carolina martinez
Teléfono fijo: 3133614446
Celular:
C.C 1015999817

Firma: Viviana Gaona
Nombre Médico Veterinario
T.P: 48191

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 31/01/2026	Hora: 10:30 AM ☐ PM ☒	Nº 25
Descripción de la solicitud:			
Canino ☐ Felino ☒	Macho ☒ Hembra ☐	Nombre: Ford	Microchip: —
Edad:	Color: Atigrado - Blanco	Raza: Mestizo	
Dirección:	Barrio:	Localidad: FONTIBÓN	
Observaciones: Paciente que viene a consulta debido a que lo encontraron atropellado, es un gato de la calle			
Conductor	Vehículo:	Triage:	

DATOS DEL SOLICITANTE Y/O TESTIGO

Nombre: Carolina Martinez C	N.º Documento: 1015999812	Teléfono: 3133614446
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: Carolina Martinez	NOMBRE: Carlos Torres
CC.: 1015999812 Bta	T.P: 43100
FIRMA	FIRMA

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

FORMATO DE HISTORIA CLINICA
URGENCIAS CPS 533-2025

HISTORIA CLÍNICA No.: 25	MICROCHIP: EN CLÍNICA _LECTOR__NO_✓	FECHA: 31/01/2026

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Ford			PESO: 3.95 Kg
ESPECIE: CANNO O ☒ FELINO	RAZA: Mestizo	EDAD: SEXO H ○ M ☒	

2. DATOS DE PRESENTACIÓN DE URGENCIA

RESPONSABLE: Cardina Martinez	QUIÉN DERIVA:	BARRIO Zona Franca.

3. MOTIVO DE CONSULTA

Reportan que la mascota fue encontrada atropellada con sangre en la nariz y la mandibula se veia rara, ha estado decaida.

4. EXAMEN CLINICO

TEMPERATURA:	FR. RESPIRATORIA:	FR. CARDIACA:	TLLC:	CONDICIÓN CORPORAL:	TRIAGE:
38.9	48	162	2"	3/5	

ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta Deprimido X Estupor Coma	% DESHIDRATACIÓN:	0-5% ○	6-7% ☒	8-9% ○
MUCOSAS: ☒ Rosa Pálidas Congest Ictéricas Cianóticas	ESTADO REPROD:	Castrado Entero Gestación Lactancia Sin Evidencia ☒		

5. DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS ANORMALES

Epistaxis Bilateral, Estridor a nivel toracico, perdida de piezas dentales, Taquipnea, Polo hirsuto, fiebre.

6. ABORDAJE DIAGNÓSTICO

LISTA DE PROBLEMAS	LISTA MAESTRA		DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES (DAMVIT)
1. Taquipnea			Edema pulmonar
2. Epistaxis			Traumatismo
3. Estridor en campos pulmonares			VIF, VILeR
4. Polo hirsuto			My Coplasmosis.
5. Fiebre			
6.			
7.			

7. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RESULTADOS

EXAMEN	REALIZADO	N R	FECHA	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
RX	Autorizado			
Perfil Geriatrico	Autorizado			
Perfil inmunologico	NO se autoriza			

8. PLAN TERAPÉUTICO INICIAL

Dexametasona, clindamicina, Pirena, Pirroxicam, Quercetol.

9. DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVOS

10. PRONÓSTICO	Bueno ☒	Reservado ○	Malo ○

FECHA DE CONTROL:

NOMBRE MÉDICO VETERINARIO Y T.P.:	FIRMA
Carlos Torres 43400.	Carlos Torres.

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.: 25	NOMBRE: Ford	ESPECIE: Felino
SEXO: Macho	PESO: 3,95 Kg	MICROCHIP:

dd/mm/aa	
31/01/26	Paciente ingresa a hospitalización debido a que fue atropellado, presenta epistaxis y fiebre y dolor generalizado, además de perdida de piezas dentales se observa un paso decaído se toma muestras para perfil geriatrico queda pendiente toma de Rx de mandibula.
01/01/26	paciente permanece decaido, consume alimento, orina pero no defeca, no presenta episodios de epistaxis, pero si presenta estornudos ocasionales. Queda pendiente la toma de radiografia de mandibula, y de torax
02/02/26	Paciente estable, constantes dentro de rango. Come y bebe agua con normalidad, no defeca, orina. Se realiza Radiografia de mandibula donde no se evidencia fractura.
03/02/26	Paciente estable, alerta, constantes dentro de rango. Come con normalidad, no defeca, no orina. En los exámenes del 2 de febrero = leucopenia, policitemia, hemoglobina aumentada, hto aumentado, plaquetas disminuidas, proteínas elevadas, globulinas aumentadas, urea sanguínea baja. Se le da de alta a las 6 pm y se va con fórmula.

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

FORMATO DE EPICRISIS PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS CPS 533-2025

H.C.: 25	**NOMBRE:** Ford	**ESPECIE:** Felino
SEXO: Macho	**PESO:** 3,9	**MICROCHIP:**
RAZA: mestizo	**EDAD:** ~	

MOTIVO DE CONSULTA: Epistaxis Bilateral y movimientos Anormales en mandibula.

EXÁMENES, DIAGNÓSTICO, PROCEDIMIENTOS:

Se sugiere realizar Rx de mandibula, ademas de perfil geriatrico y perfil inmunologico
Se recomienda hospitalizacion.

RESUMEN DE TRATAMIENTO:

Se realiza hospitalizacion

CONDICIÓN ACTUAL, PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES:

Se observa respuesta a medicación con pronostico favorable

Médico Veterinario: Carlos Tellos	TP: 43400	FIRMA Carlos Tellos.

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: 3.01.2026	ENTREGA No.

HISTORIA CLÍNICA	PACIENTE	ESPECIE	RAZA	EDAD
25	Ford	Felino	Mestizo	

Condición en la que se entrega el paciente:

CLINICA VETERINARIA ZOOVET

MEDICO VETERINARIO: Laura Ovalle.
FIRMA:
TP: 56561

TUTOR RESPONSABLE:

NOMBRE: Carolina Martinez Camacho
FIRMA:
CEDULA: 1015999912
TELEFONO: 3133614446
DIRECCION:

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

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

H.C.: 25	NOMBRE: Ford	ESPECIE: Felino
SEXO: Macho	PESO: 3,95 Kg	MICROCHIP:
RAZA: Mestizo.	EDAD:	

I) DOXICICLINA (DOXIDAN®) TABLETAS 20mg. #14.
ADMINISTRAR VIA ORAL 1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 7 DIAS CONSECUTIVOS, SOBRE ALGUN ALIMENTO.

II) PREGABALINA 20mg/ml SUSPENSIÓN - FRASCO #1
ADMINISTRAR VIA ORAL 0,4 ml CADA 12 HORAS POR 10 DIAS CONSECUTIVOS

III) METOXICAN® GOTAS - FRASCO #1
ADMINISTRAR VIA ORAL 4 GOTAS CADA 24 HORAS POR 4 DIAS CONSECUTIVOS, SOBRE COMIDAS.

IV) CINAMET-LESS® GEL ORAL
REALIZAR HIGIENE ORAL 1 VEZ AL DIA, POR TIEMPO INDEFINIDO

* SE RECOMIENDA REALIZAR CONTROL DE CHAGRO HEMATICO EN 7 DIAS.
* SI LA MASCOTA PRESENTA INAPETENCIA, VOMITO, DECAIMIENTO, DIFICULTAD RESPIRATORIA etc, SE SUGIERE COMUNICARSE CON ALCALDIA PARA PROGRAMAR CONTROL Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS.

NOMBRE TUTOR RESPONSABLE	CC	FIRMA
Carolina Martinez	1015999812	

NOMBRE MEDICO VETERINARIO	T.P:	FIRMA Y SELLO
Jennifer Paola Urrego Rueda	32267	