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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26/02/2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | CALLE: — | HX: 260226-001

NOMBRE PACIENTE: Pandora | ESPECIE: canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 2 años | COLOR: Blanco Barcino | PESO: Kg 9,6 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812

CONTACTO: 3133614446 | E-MAIL: tachetesama6@gmail.com

DIRECCIÓN: D6 15 98 14 | BARRIO: San Pedro Robles

ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO (X) BARF ( ) MIXTO ( ) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )

ENFERMEDADES ANTERIORES: NR

ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR

VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR

ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )

CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 20 rpm | F.Cardiaca: 90 lpm | T°: 38.6° | MUCOSAS: ROSA

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS		/		NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE							

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente presenta DAPP sin otros cambios patológicos

PLANES TERAPÉUTICOS

Manejo de pulgas y manejo ambiental del ectoparásito.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Dra. Angie Palacio M.V.Z. UDCA M.P.55293 | TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	C01-25
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	DOG 4 CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	FIPROSPRAY F10D1251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999812

Nombre del animal de compañía: Pandora ESPECIE: canino SEXO H

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26-02-2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | CALLE: — | HX: 260226-002

NOMBRE PACIENTE: Mordelona | ESPECIE: canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año
COLOR: Negro Fuego | PESO: Kg 11,3 | SEXO: M ○ H ⊗

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812
CONTACTO: 313 3614442 | E-MAIL: tachetejama6@gmail.com
DIRECCIÓN: 06 15 98 14 | BARRIO: San Pedro Robles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ○ BARF ○ MIXTO ⊗ CASERO ○ | AMBIENTE: CALLE ○ CASA ○ APTO ○ TERRAZA ○ FINCA ⊗

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ○ ADOPTADO ○ RESCATADO ⊗ NACIDO ○
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ○ NO ⊗ | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NA | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ⊗ NO ○
CONSUME MEDICAMENTOS: NA

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 20 rpm | F.Cardiaca: 95 lpm | T°: 38.6° | MUCOSAS: ROSA

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 2 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	—			MÚSCULO ESQUELÉTICO		/		OIDOS	—		
PIEL Y ANEXOS	—			NEUROLOGÍA	—			NARIZ	—		
DIGESTIVO	—			GENITOURIONARIO	—			OJOS	—		
RESPIRATORIO	—			REPRODUCTIVO	—			OTROS			
CARDIOVASCULAR	—			LINFOIDE	—						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente en estado de desnutrición, se encuentra en proceso de rehabilitación.

PLANES TERAPÉUTICOS

Continuar con rehabilitación nutricional y comportamental aumentar ración diaria de alimento en un 20%.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Dra. Angie Palacio M.V.Z. UDCA M.P.55293 | TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	001-25
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	DOG Y CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	FIPROSPRAY F10D1251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999817

Nombre del animal de compañía: Mordelong ESPECIE canino SEXO H

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26/02/2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: A | HX: 260226-003
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Tamara | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año
COLOR: Negro Amarillo | PESO: Kg 25.8 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3133614446 | E-MAIL: tachetesama6@gmail.com
DIRECCIÓN: D6 15 98 14 | BARRIO: San Pedro Dobles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 20 rpm | F.Cardiaca: 90 lpm | T°: 38.5° | MUCOSAS: ROSA

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS	/			NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano, no presenta signos ni síntomas compatibles con enfermedad

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

Dra. Angie Palacio
M.V.Z. UDCA
M.P.55293

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	001-25
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	DOG 4 CAT 245095
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	FIPROSPRAY F10D1251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT: 1015999812

Nombre del animal de compañía: Tamara ESPECIE: canino SEXO: H

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26-02-2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | CALLE: -- | HX: 260226-004

NOMBRE PACIENTE: Nena	ESPECIE: Canino	RAZA: Mestizo	EDAD: 2 años
	COLOR: Blanco Negro	PESO: Kg 26	SEXO: M ( ) H (X)
TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho		C.C.: 1015999812	
CONTACTO: 3133614446		E-MAIL: tachetesamg6@gmail.com	
DIRECCIÓN: DG 15 98 14		BARRIO: San Pedro Robles	
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( )		AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)	

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH	LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR	
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR	FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X)	FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NA	CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NA	

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 20 rpm F.Cardiaca: 90 lpm T°: 38.6° MUCOSAS: ROSA

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS	/			NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano, no presenta signos ni sintomas compatible con enfermedad

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

Dra. Angie Palacio
M.V.Z. UDCA
M.P.55293

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	001-25
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	DOG 4 CAT 245095
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	FIPROSPRAY F10D1251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT: 1015999817

Nombre del animal de compañía: Nena ESPECIE: Canino SEXO: H

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26/02/2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226-005
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Leila | ESPECIE: canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 4 años | COLOR: Negro Gris | PESO: Kg 20 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3133614446 | E-MAIL: tachetesama6@gmail.com
DIRECCIÓN: DG 15 98 14 | BARRIO: San Pedro Dobles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NA | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NA

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 20 rpm | F.Cardiaca: 90 lpm | T°: 38.6° | MUCOSAS: Rosa
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 2,5 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	—			MÚSCULO ESQUELÉTICO	—			OIDOS	—		
PIEL Y ANEXOS	—			NEUROLOGÍA	—			NARIZ	—		
DIGESTIVO	—			GENITOURIONARIO	—			OJOS	—		
RESPIRATORIO		✓		REPRODUCTIVO	—			OTROS			
CARDIOVASCULAR	—			LINFOIDE	—						

HALLAZGOS ANORMALES

Reflejo tusigeno positivo, síntomas compatibles con tos de perreras
NO se puede realizar vacunación

PLANES TERAPÉUTICOS

Se envía formula médica con Novabroncol 2ml cada 12 hrs por paciente se encuentra congestionada a la auscultación

Aumentar ración diaria de alimento en un 10%.

Dra. Angie Palacio
M.V.Z. UDCA
M.P.55293

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	DOGG Y CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	FIPROSPRAY F10D1251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999812

Nombre del animal de compañía: Leila ESPECIE Canino SEXO H

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26-02-2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226-006
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Estrella	ESPECIE: Canino	RAZA: Mestizo	EDAD: 11 años
	COLOR: Negro	PESO: Kg 22,8	SEXO: M ○ H X

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3133614446 E-MAIL: tachetesama6@gmail.com
DIRECCIÓN: D6 15 98 14 BARRIO: San Pedro Robles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ○ BARF ○ MIXTO X CASERO ○ AMBIENTE: CALLE ○ CASA ○ APTO ○ TERRAZA ○ FINCA X

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ○ ADOPTADO ○ RESCATADO X NACIDO ○
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ○ NO X FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NA CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI X NO ○
CONSUME MEDICAMENTOS: NA

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 20 rpm F.Cardiaca: 80 lpm T°: 38.7° MUCOSAS: Rosa
TLLC: 1 Seg CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	—			MÚSCULO ESQUELÉTICO	—			OIDOS	—		
PIEL Y ANEXOS		✓		NEUROLOGÍA	—			NARIZ	—		
DIGESTIVO	—			GENITOURIONARIO	—			OJOS	—		
RESPIRATORIO	—			REPRODUCTIVO	—			OTROS			
CARDIOVASCULAR	—			LINFOIDE	—						

HALLAZGOS ANORMALES

Zonas alopecicas difusas, masa de consistencia dura sobre tirio derecho

PLANES TERAPÉUTICOS

Realizar corte de uñas mensual, se recomienda realizar PAF
Baños con shampoo de clorhexidina y crema sanidermi.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina V. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366 TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	001-25
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	D066 4 CAT 245096
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	FIPROSPRAY F10D1251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999812

Nombre del animal de compañía: Estrella ESPECIE canino SEXO H

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26-02-2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226-007
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Sara | ESPECIE: canino | RAZA: canino | EDAD: 1 año
COLOR: Amarillo | PESO: Kg 19,5 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3133614446 | E-MAIL: tachetesama66@gmail.com
DIRECCIÓN: D6 15 98 14 | BARRIO: San Pedro Robles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NA | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NA

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 20 rpm | F.Cardiaca: 90 lpm | T°: 38.6 | MUCOSAS: ROSA
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS	/			NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE							

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano, no presenta signos ni sintomas compatibles con enfermedad

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Dra. Angie Palacio M.V.Z. UDCA M.P.55293 | TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	001-25
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	DOGG Y CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	FIPROSPRAY F1001251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999811

Nombre del animal de compañía: Sara ESPECIE canino SEXO H

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26-02-2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226 - 008
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Amapola | ESPECIE: canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 6 años
COLOR: Negro - Blanco | PESO: Kg 26,2 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3133614446 | E-MAIL: tachetesama6@gmail.com
DIRECCIÓN: DG 15 98 14 | BARRIO: San Pedro Robles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: N/R.
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NA | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NA

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 30 rpm | F.Cardiaca: 80 lpm | T°: 38.6° | MUCOSAS: ROSA
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3,5 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO		/		OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS	/			NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO		/		GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

Enfermedad periodontal tipo II, paciente salió hace 4 días de clínica por atropellamiento con trauma en tejidos blandos.

PLANES TERAPÉUTICOS

Realizar higiene oral semanalmente, se envia formula con zeel y traumel

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Dra. Angie Palacio M.V.Z. UDCA M.P.55293 | TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	0066 4 CAT 245095
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	FIPROSPRAY F1001251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999817

Nombre del animal de compañía: Amapola ESPECIE canino SEXO H

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26-02-2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226-009
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Lola | ESPECIE: canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 11 meses
COLOR: Barcino | PESO: Kg 15,7 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3133614446 | E-MAIL: tachetejama6@gmail.com
DIRECCIÓN: D6 15 # 98 14 | BARRIO: San Pedro Dobles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 30 rpm | F.Cardiaca: 90 lpm | T°: 38.6° | MUCOSAS: ROSA
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS	/			NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS			
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano no presenta signos ni sintomas compatibles con enfermedad

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Dra. Angie Palacio M.V.Z. UDCA M.P.55293 | TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	001-25
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	DOG Y CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	FIPROSPRAY F10D1251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999812

Nombre del animal de compañía: Lulo ESPECIE canino SEXO H

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26-02-2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226-010
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Polgas Andrea | ESPECIE: canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 7 meses
COLOR: Negro | PESO: Kg 16,5 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Cardinal Martínez Camacho | C.C.: 1015999812
CONTACTO: 313 3614446 | E-MAIL: tachetejama06@gmail.com
DIRECCIÓN: Db 15 # 98 14 | BARRIO: San Pedro Robles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NA | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NA

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 30 rpm | F.Cardiaca: 92 lpm | T°: 38.6° | MUCOSAS: Rosa
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS	/			NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano, no presenta signos ni síntomas comparables con enfermedad

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Dra. Angie Palacio M.V.Z. UDCA M.P.55293 | TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	001-25
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	DOG 4 CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	FIPROSPRAY F10D1251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999812

Nombre del animal de compañía: Polgas Andrea ESPECIE canino SEXO H

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26-02-2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226- OVH
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Dientes | ESPECIE: canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 2 años
COLOR: Negro | PESO: Kg 11 | SEXO: M ○ H ⊗

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3133614446 | E-MAIL: tachetesama66@gmail.com
DIRECCIÓN: D6 15 #98 14 | BARRIO: San Pedro de los Robles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ○ BARF ○ MIXTO ⊗ C ASERO ○ | AMBIENTE: CALLE ○ CASA ○ APTO ○ TERRAZA ○ FINCA ⊗

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ○ ADOPTADO ○ RESCATADO ⊗ NACIDO ○
ENFERMEDADES ANTERIORES: Moquillo
ÚLTIMA VACUNACIÓN: N/R | FECHA: N/R
VERMIFUGACIÓN: SI ○ NO ⊗ | FECHA: N/R
ÚLTIMO CELO: NA | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ⊗ NO ○
CONSUME MEDICAMENTOS:

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 28 rpm | F.Cardiaca: 90 lpm | T°: 38.6° | MUCOSAS: Rosa
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS			
PIEL Y ANEXOS	/			NEUROLOGÍA		/		NARIZ			
DIGESTIVO		-		GENITOURIONARIO	/			OJOS			
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE							

HALLAZGOS ANORMALES

Enfermedad periodontal tipo II, paciente con secuela neurologica de distemper (moquillo), tutor autoriza vacuna con el paciente saliendo de tratamiento.

PLANES TERAPÉUTICOS

Realizar profilaxis dental, realizar higiene oral dos veces a la semana

Dra. Angie Palacio
M.V.Z. UDCA
M.P.55293

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	001-25
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	DOG 4 CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	FIPROSPRAY F1001251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999812

Nombre del animal de compañía: Dientes ESPECIE Canino SEXO H

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26/02/2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | CALLE: — | HX: 260226-012

NOMBRE PACIENTE: Susy | ESPECIE: canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 2 años | COLOR: Negro fuego | PESO: Kg 6,8 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812

CONTACTO: 3133619446 | E-MAIL: lachetejoma6@gmail.com

DIRECCIÓN: D6 15 98 14 | BARRIO: San Pedro Pobles

ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO (X) BARF ( ) MIXTO ( ) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: NR | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )

ENFERMEDADES ANTERIORES: NR

ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR

VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR

ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )

CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 25 rpm | F.Cardiaca: 95 lpm | T°: 38.7° | MUCOSAS: ROSA

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 2 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS	/			NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO		/		GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE							

HALLAZGOS ANORMALES

Enfermedad periodontal tipo I, maloclusión dentaria baja condicion corporal.
Paciente en periodo de post parto - se encuentra lactando a sus cachorros.

PLANES TERAPÉUTICOS

Realizar higiene oral, complelant T-12
Se recomienda esterilizar una vez destete a sus cachorros

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina V. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366 | TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	DOGG 4 CAT 295095
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999817

Nombre del animal de compañía: SUSY ESPECIE: CANINO SEXO H

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26/02/2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226-013
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Cachorro 3	ESPECIE: canino	RAZA: Mestizo	EDAD: 1 mes
	COLOR: Negro	PESO: Kg 1,1	SEXO: M X H ○
TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho		C.C.: 1013999812	
CONTACTO: 3133614496		E-MAIL: tachetesama6@gmail.com	
DIRECCIÓN: D6 15 98 14		BARRIO: San Pedro Robles	
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO X BARF ○ MIXTO ○ CASERO ○		AMBIENTE: CALLE ○ CASA ○ APTO ○ TERRAZA X FINCA ○	

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: NR	LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ○ ADOPTADO ○ RESCATADO X NACIDO ○
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR	
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR	FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ○ NO X	FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR	CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI X NO ○
CONSUME MEDICAMENTOS: NR	

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 20 rpm | F.Cardiaca: 90 lpm | T°: 38.6° | MUCOSAS: Rosa

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS	/			NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano no presenta signos ni sintomas compatible con enfermedad

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

Recomendación: Iniciar esquema de primovacunacion en 20 dias.

Dra. Angie Palacio
M.V.Z. UDCA
M.P.55293

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	D066 4 CAT 245045
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999817

Nombre del animal de compañía: Cachorro 3 ESPECIE Canino SEXO M

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26/02/2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | CALLE: — | HX: 260226 - 014

NOMBRE PACIENTE: Cachorro 2	ESPECIE: Canino	RAZA: Mestizo	EDAD: 1 mes
	COLOR: Negro	PESO: Kg 1,3	SEXO: M ⊘ H ○
TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho		C.C.: 1015999812	
CONTACTO: 3133614446		E-MAIL: tachetesamg6@gmail.com	
DIRECCIÓN: DG 15 98 14		BARRIO: San Pedro Robles	
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ⊘ BARF ○ MIXTO ○ CASERO ○		AMBIENTE: CALLE ○ CASA ○ APTO ○ TERRAZA ○ FINCA ⊘	

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: NR	LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ○ ADOPTADO ○ RESCATADO ⊘ NACIDO ○
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR	
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR	FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ○ NO ⊘	FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR	CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ⊘ NO ○
CONSUME MEDICAMENTOS: NR	

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 20 rpm | F.Cardiaca: 90 lpm | T°: 38.6 | MUCOSAS: Rosa tenue

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS	/			NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano, no presenta signos ni sintomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

Iniciar esquema de primovacunación en 20 días.

Dra. Angie Palacio
M.V.Z. UDCA
M.P.55293

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	DOGS 4 CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999812

Nombre del animal de compañía: Cachorro 2 ESPECIE: canino SEXO M

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26-02-2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226-015
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Chiqui | ESPECIE: canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 10 años
COLOR: Negro Blanco | PESO: Kg 10,7 | SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3136144446 | E-MAIL: tachetesama6@gmail.com
DIRECCIÓN: D6 15 98 14 | BARRIO: San Pedro Robles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Esterilización | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NA | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NA

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 20 rpm | F.Cardiaca: 80 lpm | T°: 38. | MUCOSAS: ROSA
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3,5 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS	/			NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano, no presenta signos ni sintomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina V. | TARJETA PROFESIONAL No. 28366

Médica Veterinaria
Universidad de la Salle
T.P. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	001-25
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	DOG 4 CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	FIPROSPRAY F10D1251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: 1015999812 CC O PPT 1015999812

Nombre del animal de compañía: Chiqui ESPECIE: canino SEXO: M

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26-02-2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226-016
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Romeo	ESPECIE: Canino	RAZA: Mestizo	EDAD: 12 años
	COLOR: Amarillo	PESO: Kg 26,9	SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3136744446 | E-MAIL: tachetesama6@gmail.com
DIRECCIÓN: DG 75 # 98 14 | BARRIO: San Pedro Robles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Esterilización | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: -
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NA | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NA

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 16 rpm | F.Cardiaca: 80 lpm | T°: 38.6° | MUCOSAS: Rosa
TLLC: 2 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 2,5 /5 | RETORNO DE PIEL: 2 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	—			MÚSCULO ESQUELÉTICO		✓		OIDOS		✓	
PIEL Y ANEXOS		✓		NEUROLOGÍA	—			NARIZ	—		
DIGESTIVO	—			GENITOURIONARIO	—			OJOS		✓	
RESPIRATORIO	—			REPRODUCTIVO	—			OTROS			
CARDIOVASCULAR	—			LINFOIDE	—						

HALLAZGOS ANORMALES

Entropion bilateral, sensibilidad a la palpación de las vertebras lumbo-sacras, alopecia en area periocular bilateral y en pabellones auriculares bilateral, enfermedad articular degenerativa

PLANES TERAPÉUTICOS

Se envia formula médica con condromax y ativi, se recomiendo realizar perfil geriatrico
Baños con shampoo de clorhexidina y crema sanideRM.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Andra Medina V. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366 | TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	DOG 4 CAT 245095
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	FIPROSPRAY F10D1251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999812

Nombre del animal de compañía: Romeo ESPECIE: canino SEXO: M

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26/02/2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226-017
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Nacho	ESPECIE: canino	RAZA: Mestizo	EDAD: 2 años
	COLOR: Negro Fuego	PESO: Kg 29.6	SEXO: M X H ○
TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho		C.C.: 1015999812	
CONTACTO: 3133614446		E-MAIL: tachetes9m96@gmail.com	
DIRECCIÓN: DG 15 98 14		BARRIO: San Pedro Robles	
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ○ BARF ○ MIXTO X CASERO ○		AMBIENTE: CALLE ○ CASA ○ APTO ○ TERRAZA ○ FINCA X	

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Esterilización	LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ○ ADOPTADO ○ RESCATADO X NACIDO ○
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR	
ÚLTIMA VACUNACIÓN: Hexavalente	FECHA: 23/01/2025
VERMIFUGACIÓN: SI ○ NO X	FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR	CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI X NO ○
CONSUME MEDICAMENTOS: NR	

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 20 rpm | F.Cardiaca: 90 lpm | T°: 38.6 | MUCOSAS: ROSA

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS		/		NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

Presenta DAPP
Sin otros cambios patologicos.

PLANES TERAPÉUTICOS

Control mensual de pulgas al canino y al ambiente
Baños con shampoo de clorhexidina.

Sandra Medina V.
Médica Veterinaria
Universidad de la Salle
T.P. 28366

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: ___ TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	001-25
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	DOG6 4 CAT 245095
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	FIPROSPRAY F10D1251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT: 1015999812

Nombre del animal de compañía: Nacho ESPECIE: canino SEXO: M

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26/02/2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226-018
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Oreo | ESPECIE: canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 8 meses
COLOR: Negro | PESO: Kg 16,6 | SEXO: M X H ○

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez C. | C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3133614446. | E-MAIL: tachetesamag@gmail.com.
DIRECCIÓN: Dg 15 # 98-14 | BARRIO: San Pedro Robles.
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO X BARF ○ MIXTO ○ CASERO ○ | AMBIENTE: CALLE ○ CASA ○ APTO ○ TERRAZA ○ FINCA X

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: No reporta | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ○ ADOPTADO ○ RESCATADO X NACIDO ○
ENFERMEDADES ANTERIORES: N/R.
ÚLTIMA VACUNACIÓN: N/R | FECHA: N/R.
VERMIFUGACIÓN: SI ○ NO X | FECHA: N/R.
ÚLTIMO CELO: No aplica | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI X NO ○
CONSUME MEDICAMENTOS: NO

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 26 rpm | F.Cardiaca: 98 lpm | T°: 38.4 | MUCOSAS: Rosadas
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS	/			NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano, no se vacuna por próxima cirugía de esterilización

PLANES TERAPÉUTICOS

Realizar vacunación una vez termine su proceso de recuperación.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Dra. Angie Palacio M.V.Z. UDCA M.P.55293 | TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	DOGG 4 CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	FIPROSPRAY F1001251
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT. 1015999812

Nombre del animal de compañía: Oreo ESPECIE canino SEXO M

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26/02/2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226 - 019
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Cachorro 1 | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 mes
COLOR: Negro fuego | PESO: Kg 1,2 | SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3133614446 | E-MAIL: tachetesama6@gmail.com
DIRECCIÓN: D6 75 98 14 | BARRIO: San Pedro Robles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO (X) BARF ( ) MIXTO ( ) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: NR | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 20 rpm | F.Cardiaca: 90 lpm | T°: 38.6° | MUCOSAS: ROSA
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS	/			NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO				OTROS			
CARDIOVASCULAR				LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano, no presenta signos ni síntomas compatibles con enfermedad

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

Iniciar esquema de primovacunación en 20 días.

Dra. Angie Palacio
M.V.Z. UDCA
M.P.55293

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	DOG Y CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1013999817

Nombre del animal de compañía: Cachorro 1 ESPECIE: canino SEXO M

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26/02/2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | CALLE: — | HX: 260226-020

NOMBRE PACIENTE: Gato 1 | ESPECIE: Felino | RAZA: Mestizo | EDAD: 2 años | COLOR: Negro | PESO: Kg 3,5 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Cardina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812

CONTACTO: 3133614446 | E-MAIL: fachetesama6@gmail.com

DIRECCIÓN: D6 15 98 14 | BARRIO: San Pedro Robles

ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO (X) BARF ( ) MIXTO ( ) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )

ENFERMEDADES ANTERIORES: NR

ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR

VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR

ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )

CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 38 rpm | F.Cardiaca: 197 lpm | T°: 38.7° | MUCOSAS: ROSA

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS		/		NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE							

HALLAZGOS ANORMALES

Laceración auriculopalpebral lado izquierdo
Sin otros hallazgos patologicos

PLANES TERAPÉUTICOS

Realizar limpieza de la zona afectada con Baxidin 2 veces al dia y luego aplicar crema Sanaderm durante 10 dias consecutivos.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: [signature] Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366 | TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	004-25
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	DOG 4 CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	
	Antiparasitario externo para gatos	FIPROSPRAY F1001251
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999817

Nombre del animal de compañía: Gato 1 ESPECIE Felino SEXO M

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26/02/2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226 - 021
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Gato 3 | ESPECIE: felino | RAZA: Mestizo | EDAD: 1 año | COLOR: Negro | PESO: Kg 2,5 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3133614496 | E-MAIL: fachetesamas@gmail.com
DIRECCIÓN: 06 15 98 14 | BARRIO: San Pedro Robles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO (X) BARF ( ) MIXTO ( ) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NA | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NA

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 38 rpm | F.Cardiaca: 200 lpm | T°: 38.6° | MUCOSAS: Rosa
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS	/			NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano, no presenta signos ni síntomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina O. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366 | TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	004-25
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	D066 4 CAT 245045
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	
	Antiparasitario externo para gatos	FIPROSPRAY F10D1251
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999812

Nombre del animal de compañía: Gato 3 ESPECIE felino SEXO H

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26/02/2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226-022
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Gato 2	ESPECIE: Felino	RAZA: Mestizo	EDAD: 1 año
	COLOR: Negro	PESO: Kg 3,7	SEXO: M ( ) H (X)
TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho		C.C.: 1015999812	
CONTACTO: 3133614446		E-MAIL: tachetesama60@gmail.com	
DIRECCIÓN: DG 15 98 14		BARRIO: San Pedro Robles	
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO (X) BARF ( ) MIXTO ( ) CASERO ( )		AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)	

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH	LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR	
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR	FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X)	FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR	CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR	

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 38 rpm | F.Cardiaca: 200 lpm | T°: 38.6° | MUCOSAS: ROSA

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS		/		NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

DAPP
Sin otros cambios patológicos aparentes.

PLANES TERAPÉUTICOS

Manejo de pulgas y manejo ambiental, se envía formula con Nexgard combo

Sandra Medina V.
Médica Veterinaria
Universidad de la Salle
T.P. 28366

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: ___ TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	004-25
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	DOG 4 CAT
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	
	Antiparasitario externo para gatos	FIPROSPRAY F10D1251
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999812

Nombre del animal de compañía: Gato 2 ESPECIE: Felino SEXO M

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26-02/2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226-023
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Missy	ESPECIE: Felino	RAZA: Mestizo	EDAD: 2 años
	COLOR: Calico	PESO: Kg 3,5	SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3133614446 | E-MAIL: tachetesamar6@gmail.com
DIRECCIÓN: 06 15 98 14 | BARRIO: San Pedro Robles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO (X) BARF ( ) MIXTO ( ) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 38 rpm | F.Cardiaca: 200 lpm | T°: 38.6° | MUCOSAS: rosa
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS	/			NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE							

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano, no presenta signos ni síntomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina V. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366 | TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	004-25
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	D066 Y CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	
	Antiparasitario externo para gatos	FIPROSPRAY F10D1251
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999812

Nombre del animal de compañía: Missy ESPECIE: felino SEXO: H

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26-02-2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226-024
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Luna	ESPECIE: Felino	RAZA: Mestizo	EDAD: 4 años
	COLOR: Calico	PESO: Kg 4.8	SEXO: M ○ H X

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3133614446 E-MAIL: tachetesamac@gmail.com
DIRECCIÓN: DG 15 98 14 BARRIO: San Pedro Robles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO X BARF ○ MIXTO ○ CASERO ○ AMBIENTE: CALLE ○ CASA ○ APTO ○ TERRAZA ○ FINCA X

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: OVH
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ○ ADOPTADO ○ RESCATADO X NACIDO ○
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ○ NO X FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI X NO ○
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 35 rpm F.Cardiaca: 200 lpm T°: 38.6° MUCOSAS: ROSA
TLLC: 1 Seg CONDICIÓN CORPORAL 3.9 /5 RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	✓			MÚSCULO ESQUELÉTICO	✓			OIDOS	✓		
PIEL Y ANEXOS	✓			NEUROLOGÍA	✓			NARIZ	✓		
DIGESTIVO	✓			GENITOURIONARIO	✓			OJOS	✓		
RESPIRATORIO	✓			REPRODUCTIVO	✓			OTROS			
CARDIOVASCULAR	✓			LINFOIDE	✓						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente con inicios de obesidad sin otros hallazgos patológicos.

PLANES TERAPÉUTICOS

Reducir ración de alimento en un 15% y proporcionar enriquecimiento ambiental para aumentar actividad física.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Dra. Angie Palacio M.V.Z. UDCA M.P.55293 TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	004-25
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	DOG 4 CAT 245093
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	T
	Antiparasitario externo para gatos	FIPROSPRAY F10D1351
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999812

Nombre del animal de compañía: Luna ESPECIE Felino SEXO H

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS

CPS 533-2025 9781010883423703

FECHA: 26/02/2026 **COMUNIDAD:** ___ **PROTECCIONISTA:** X **HX:** 260226-025
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Caramelo	ESPECIE: Felino	RAZA: Mestizo	EDAD: 1 mes
	COLOR: Amarillo	PESO: Kg 0,4	SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3133614446 E-MAIL: tachetesamago@gmail.com
DIRECCIÓN: 06 15 98 14 BARRIO: San Pedro Robles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO (X) BARF ( ) MIXTO ( ) CASERO ( ) AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: NR LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 35 rpm F.Cardiaca: 180 lpm T°: 38.4° MUCOSAS: Rosa
TLLC: 1 Seg CONDICIÓN CORPORAL 2 /5 RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	—			MÚSCULO ESQUELÉTICO		—		OIDOS	—		
PIEL Y ANEXOS	—			NEUROLOGÍA	—			NARIZ	—		
DIGESTIVO	—			GENITOURIONARIO	—			OJOS	—		
RESPIRATORIO	—			REPRODUCTIVO	—			OTROS			
CARDIOVASCULAR	—			LINFOIDE	—						

HALLAZGOS ANORMALES

Se encuentra en proceso de rehabilitación, rescatado recientemente. Bajo condición corporal.

PLANES TERAPÉUTICOS

Continuar con proceso de rehabilitación: física y comportamental
Aumentar ración diaria de alimento en un 20%.

Iniciar esquema de primovacunación en un mes y medio.

Dra. Angie Palacio
M.V.Z. UDCA
M.P.55293

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	DOGG 4 CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	
	Antiparasitario externo para gatos	
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999812

Nombre del animal de compañía: Caramelo ESPECIE: Felino SEXO M

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26/02/2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226-026
CALLE: --

NOMBRE PACIENTE: Negro | ESPECIE: Felino | RAZA: Mestizo | EDAD: 11 años
COLOR: Negro Blanco | PESO: Kg 3,4 | SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015[illegible]9812
CONTACTO: 3133614446 | E-MAIL: tachetesama6@gmail.com
DIRECCIÓN: D6 15 98 14 | BARRIO: San Pedro Robles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO (X) BARF ( ) MIXTO ( ) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Esterilización | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 38 rpm | F.Cardiaca: 195 lpm | T°: 38.6° | MUCOSAS: ROSA
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS		/		NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS	/		
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE							

HALLAZGOS ANORMALES

Presenta DAPP
Sin otros cambios patológicos.

PLANES TERAPÉUTICOS

Se envía formula con Nexgard
Realizar control de pulgas al ambiente.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Andra Medina U. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366 | TARJETA PROFESIONAL No. 28366

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	004-25
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	PO66 y CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	
	Antiparasitario externo para gatos	Fiprospray F10D1251
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999812

Nombre del animal de compañía: Negro ESPECIE: felino SEXO: M

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26-02-2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226 - 027
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Romeo | ESPECIE: felino | RAZA: Persa | EDAD: 9 años
COLOR: Gris | PESO: Kg 4 | SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3133614446 | E-MAIL: tachetesama6@gmail.com
DIRECCIÓN: D6 15 98 14 | BARRIO: San Pedro Robles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO (X) BARF ( ) MIXTO ( ) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Esterilización | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 35 rpm | F.Cardiaca: 200 lpm | T°: 38.7° | MUCOSAS: rosa
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS	/			NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS			
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano, no presenta signos ni sintomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Dra. Angie Palacio M.V.Z. UDCA M.P.55293 | TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	004-25
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	DOGS 4 CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	
	Antiparasitario externo para gatos	Fiprospray FLODI251
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999817

Nombre del animal de compañía: Romeo ESPECIE: felino SEXO: M

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26/02/2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226-028
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Blanco | ESPECIE: Felino | RAZA: Mestizo | EDAD: 5 años
COLOR: Blanco Amarillo | PESO: Kg 5,3 | SEXO: M (X) H ( )
TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3133614496 | E-MAIL: tachetesgma6@gmail.com
DIRECCIÓN: DG 15 98 14 | BARRIO: San Pedro Robles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO (X) BARF ( ) MIXTO ( ) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Esterilización | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 40 rpm | F.Cardiaca: 190 lpm | T°: 38.6° | MUCOSAS: ROSA
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3,5 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	/			MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS	/			NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO	/			GENITOURIONARIO	/			OJOS			
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano, no presenta signos ni síntomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

Dra. Angie Palacio
M.V.Z. UDCA
M.P.55293

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	004-25
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	DOG & CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	
	Antiparasitario externo para gatos	FIPROSPRAY F10D1251
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT: 1053999812

Nombre del animal de compañía: Blanco ESPECIE: Felino SEXO: M

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26/02/2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226 - 029
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Ford | ESPECIE: Felino | RAZA: Mestizo | EDAD: 2 años
COLOR: Tabby Blanco | PESO: Kg 3,6 | SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3133614446 | E-MAIL: tachetesamar@gmail.com
DIRECCIÓN: 06 15 98 79 | BARRIO: San Pedro Robles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO (X) BARF ( ) MIXTO ( ) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Esterilización | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 38 rpm | F.Cardiaca: 200 lpm | T°: 38.6° | MUCOSAS: ROSA
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	✓			MÚSCULO ESQUELÉTICO	✓			OIDOS	✓		
PIEL Y ANEXOS	✓			NEUROLOGÍA	✓			NARIZ	✓		
DIGESTIVO	✓			GENITOURIONARIO	✓			OJOS			
RESPIRATORIO	✓			REPRODUCTIVO	✓			OTROS			
CARDIOVASCULAR				LINFOIDE							

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano. Sin cambios patológicos aparentes.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Dra. Angie Palacio M.V.Z. UDCA M.P.55293 | TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	004-25
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	DOG 4 CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	
	Antiparasitario externo para gatos	FIPROSPRAY F1001251
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999812

Nombre del animal de compañía: Ford ESPECIE: Felino SEXO: M

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26/02/2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | CALLE: -- | HX: 260226-030

NOMBRE PACIENTE: Gato 4 | ESPECIE: Felino | RAZA: Mestizo | EDAD: 2 años | COLOR: Negro | PESO: Kg 3,8 | SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812

CONTACTO: 3133614446 | E-MAIL: tachetesama66@gmail.com

DIRECCIÓN: D6 15 98 14 | BARRIO: San Pedro Robles

ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO (X) BARF ( ) MIXTO ( ) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA ( ) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA (X)

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Esterilizacion | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )

ENFERMEDADES ANTERIORES: NR

ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR

VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR

ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )

CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 37 rpm | F.Cardiaca: 198 lpm | T°: 38.6 | MUCOSAS: ROSA

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	✓			MÚSCULO ESQUELÉTICO	✓			OIDOS	✓		
PIEL Y ANEXOS	✓			NEUROLOGÍA	✓			NARIZ	✓		
DIGESTIVO	✓			GENITOURIONARIO	✓			OJOS	✓		
RESPIRATORIO	✓			REPRODUCTIVO	✓			OTROS			
CARDIOVASCULAR	✓			LINFOIDE	✓						

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano, no presenta signo ni sintomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: M.V.Z. UDCA M.P.55293 | TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	004-25
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	P066 y CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	
	Antiparasitario externo para gatos	FIPROSPRAY F10D12J1
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999812

Nombre del animal de compañía: Gato 4 ESPECIE felino SEXO M

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 26/02/2026 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 260226-031
CALLE: --

NOMBRE PACIENTE: Gato 5 | ESPECIE: Felino | RAZA: Mestizo | EDAD: 2 años
COLOR: Blanco Negro | PESO: Kg 3,2 | SEXO: M ⊘ H ○

TENEDOR Y/O TUTOR: Ingrid Carolina Martinez Camacho | C.C.: 1015999812
CONTACTO: 3133614446 | E-MAIL: tachetescamag6@gmail.com
DIRECCIÓN: D6 13 98 14 | BARRIO: San Pedro Pobles
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ⊘ BARF ○ MIXTO ○ CASERO ○ | AMBIENTE: CALLE ○ CASA ○ APTO ○ TERRAZA ○ FINCA ⊘

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Esterilización | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ○ ADOPTADO ○ RESCATADO ⊘ NACIDO ○
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: NR | FECHA: NR
VERMIFUGACIÓN: SI ○ NO ⊘ | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NR | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ⊘ NO ○
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 39 rpm | F.Cardiaca: 199 lpm | T°: 38.6° | MUCOSAS: ROSA
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

	NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.		NORMAL	ANORMAL	N.E.
ESTADO GENERAL	✓			MÚSCULO ESQUELÉTICO	✓			OIDOS	✓		
PIEL Y ANEXOS	✓			NEUROLOGÍA	✓			NARIZ	✓		
DIGESTIVO	✓			GENITOURIONARIO	✓			OJOS			
RESPIRATORIO	✓			REPRODUCTIVO	✓			OTROS			
CARDIOVASCULAR	✓			LINFOIDE							

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente sano, no presento signos ni síntomas compatibles con enfermedad.

PLANES TERAPÉUTICOS

Ninguno

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Dra. Angie Palacio M.V.Z. UDCA M.P.55293 | TARJETA PROFESIONAL No. 55293

CONSENTIMIENTO: El arriba 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. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento, cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3337000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	004-25
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	DOG 4 CAT 245095
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	
	Antiparasitario externo para gatos	FIPROSPRAY F10D1251
MEDICAMENTO		
PROCEDIMIENTO Y/O EXAMEN		
TEST DE VIRALES		

CONSENTIMIENTO INFORMADO – BRIGADA MÉDICO VETERINARIA

Manifiesto que he recibido y comprendido la información sobre los procedimientos de valoración, vacunación, desparasitación interna, externa, medicación o exámenes que se realizarán a mi animal de compañía en el marco de la brigada médico-veterinaria. Acepto de manera libre e informada los posibles riesgos o reacciones adversas derivados de los procedimientos, y confirmo haber brindado información veraz sobre el estado de salud de mi mascota. Autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme a la ley vigente y declaro haber resuelto todas mis dudas de manera satisfactoria.

FIRMA TUTOR: _____ CC O PPT 1015999812

Nombre del animal de compañía: Gato 5 ESPECIE: felino SEXO M