

Código: GDI-GPD-F029
Versión: 07
Vigencia: 25 de septiembre de 2023
Caso HOLA: 188571

| Objeto de la reunión: | | | | | | Hora de inicio: 09:00 am | | | | | | | | Modalidad: | |
|-----------------------|---------------------------------------|--|--------------------|---------|-------------|--------------------------------|-----------|-------------|--------------------|----------|---------|-------------|---|---|-------------|
| Fecha: | | | | | | Hora de finalización: 12:30 pm | | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Virtual <input type="checkbox"/> Telefónica <input type="checkbox"/> Mixta | |
| Lugar: | | | | | | Nombre del Responsable: | | | | | | | | | |
| Dependencia: | | | | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | NOMBRES Y APELLIDOS (Jurídico o legal) | NOMBRE IDENTITARIO | ENTIDAD | DEPENDENCIA | CARGO | | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO - TELÉFONO DE CONTACTO | FIRMA | |
| | | | | | | ASESOR | DIRECTIVO | PROFESIONAL | TÉCNICO/ TECNÓLOGO | AUXILIAR | CARRERA | PROVISIONAL | | | LIBRE NOMB. |
| | 52066084 | Mireya Hernandez | | | Comunicar | | | | | | | | 3241679996 | X | |
| CC | 91532576 | Nugo Julia Ibarrera | | ALSC | CYPA | | | X | | | | | 304566311 | X | |
| cc | 1116522 | Luis Eduardo Rubio | | | Comunidad | | | X | | | | | 113005758160 | X | |
| cc | S1552154 | Daniela Lopez Ponce | | | Comunida | | | | | | | | 3117882167 | X | |
| cc | 1000123925 | Ingrid Cuernero | — | ALSQ | CYPA | | | X | | | | | X3227852013 | X | |

CONSENTIMIENTO: Quien registra sus datos, 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 o su teléfono de atención es 33670000. Añade 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 por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados a la entidad de forma gratuita o los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:


El día de hoy 25-05-2026 Realizamos Atención en punto fijo, en la escuela local de San Cristóbal Durante la atención, se evidencian pediculosis, Tala de las paradas, problemas de piel por picadura de pulgas y un paciente con un tumor en miembro posterior derecho. Durante la jornada se dispensa un animal canino y se le administra vitamina a otro canino macho. En las Atenciones, se envían edictos y tratamiento correspondiente, por dictamen y pedología, mencionados anteriormente.

| Atenciones en punto Fijo | Desparasitación | Vitamin |
|--------------------------|-----------------|---------|
| CH 1 | -o- | -o- |
| CM 3 | 2 | 1 |
| PH -o- | -o- | -o- |
| PM -o- | -o- | -o- |
| Tala 4. | 2 | 1 |

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN:

| No. | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | FECHA DE ENTREGA |
|-----|-----------|-------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

NOTA 1: En caso de ser una reunión virtual se puede anexar el reporte de asistencia generado por las plataformas de reuniones o plataformas que generen asistencia.
 NOTA 2: Agregar o eliminar las filas que sean necesarias para registrar las actividades y los compromisos de la reunión.

| | | | | |
|--|---------|--|----------|--|
|  ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL HISTORIA CLÍNICA | Código: | | Versión: | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | |
|--------------------------------|----------------------|------------------|
| Fecha: 25-05-2026 | Hora: 9:30 AM | N° Consulta: 001 |
| N° Registro / Inscripción: 103 | Lugar de Asistencia: | |

Tipo de Intervención:

☐ Atmética Básica
 ☐ Meta de Atención Prioritaria
 ☐ Estrategia Habitabilidad calle
 ☐ Hogar de paso Profesionalista
 ☐ Operativo

Datos del solicitante

Nombre: Mirya Hernandez Solera
 CC: 52066084
 Teléfono: 31629976

Datos del Animal

☒ Canino
☐ Macho
☒ Feline
☐ Hembra
 Nombre: Kelly
 Microchip: ¿Tenia? Si ☒ NO ☐

Edad: 6 años
 Color: Negro
 Raza: Cri. ali
☐ Entero
☒ Esterilizado
☐ De calle
☐ Hogar de paso
☒ Con propietario
☐ Desconocido

Datos del lugar/evento

Dirección:
 Barrio: Guacamey 2
 Localidad: SAN CRISTÓBAL
 Correo electrónico: cil32B SA H2K-37
 Estrato: 2
 UPZ:

Examen clínico general

FC (L/min): 112
 FR (P/min): 14
 T (°C): 37.2
 C.C.: ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

TLC: 3 segs
 Pulso: Nat
 Mucosas: Rosas
 % Deshidratación:
 Peso: 4.1

| | APN: Aparentemente Normal | AN: Anormal | NE: No Evaluado |
|-------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 1. Piel y anexos | | | |
| 2. Sistema musculoesquelético | | | |
| 3. Sistema digestivo | | | |
| 4. Sistema respiratorio | | | |
| 5. Sistema nervioso | | | |
| 6. Sistema cardiovascular | | | |
| 7. Sistema reproductivo | | | |
| 8. Ganglios linfáticos | | | |
| 9. Sistema urinario | | | |
| 10. Ojos | | | |
| 11. Oído, oído? | | | |
| 12. Comportamiento | | | |

SIGNOS CLÍNICOS

DX: moquillo canino, colera leve, Bursitis, diarrea, vómito, linfoadenitis, lepra, lepra.

Signos: en fase leve, Afecto o reacc. al lepra, frotamiento en el estómago.

| Servicios prestados | Producto | Recomendaciones |
|------------------------------|----------|---|
| 1. Valoración Veterinaria | | 1. Desparasitación Interna Cada mes. |
| 2. Desparasitación Interna | | 2. Desparasitación Externa Cada mes. |
| 3. Desparasitación Externa | | 3. Vitaminización. |
| 4. Implantación de microchip | | 4. Realizar / completar esquema Vacunación. |

**ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL****HISTORIA CLÍNICA**

Código:

Versión:

SECRETARÍA DE
GOBIERNO

| | | | | | |
|----|------------------------------------|--|---|-------------------------------------|--|
| 5 | Vitaminización | | 5 | Continuar con tratamiento sugerido. | |
| 6 | Antibioterapia | | 6 | Esterilización. | |
| 7 | Tto. Analgésico / antiinflamatorio | | 7 | Exámenes de laboratorio: | |
| 8 | Tto. Heridas | | 8 | Realizar otras ayudas diagnósticas: | |
| 9 | Vacunación Preventiva | | 9 | ¿Otra Cuál? | |
| 10 | Otra ¿cual? | | | | |

¿Caso trasladado?:

☐ SI ☐ No

Traslado a:

☐ Cierre de Caso
☐ Seguimiento☐ CES☐ Urgencias proyecto ALU☐ Esterilizaciones☐ Traslado 123☐ Maltrato☐ Otro. ¿Cuál? _____**Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración**

- Se emite tratamiento para la ca. ca.
- Repaso, evita ca. or el cuello, manejar adecuadamente.

Consentimiento informado para realizar procedimientos médicos veterinarios como:☐ Propietario ☐ Cuidador ☐ Testigo

Yo, x Mireya Hernandez identificado con número de Cédula x 52066084 manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del MV, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: Katy a través del programa de Brigadas Médicas para Caninos y Felinos; que entiendo los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizarse y que fueron respondidos todos mis interrogantes al respecto. Así mismo autorizo al médico veterinario de la Alcaldía Local de San Cristóbal a realizar los procedimientos veterinarios al animal referenciado en calidad de propietario, cuidador y/o testigo. Firmo de manera libre y voluntaria, en constancia de que he sido interrogado y de haber recibido toda la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado mis inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento. así mismo autorizo a la Alcaldía Local de San Cristóbal el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.



Firma: x [Firma]**Datos del médico veterinario Casa CyPA - Alcaldía**

| Nombre | Firma | N° de Matricula Profesional |
|--------------------------|----------------|-----------------------------|
| Hugo Julián Ibarra Muñoz | <u>[Firma]</u> | |

Hugo Julián Ibarra Muñoz
Médico Veterinario Zootecnista
MP 35582

Apoya y/o Asiste

INGRID GUERRERO

| | | | |
|---|---------------------------------|----------|---|
|  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL | |  BOGOTÁ SECRETARÍA DE GOBIERNO |
| | HISTORIA CLÍNICA | | |
| | Código: | Versión: | |

| | | |
|--|---------------|---------------------------|
| Fecha: 25-08-2020 | Hora: 9:30 AM | N.º Consecutivo: 002 |
| N.º Petición / Incidente: MSA en miembro anterior Derecha | | Lugar de Asistencia: ALJC |
| Tipo de Intervención: | | |
| <input type="checkbox"/> Jornada Masiva <input type="checkbox"/> Visita de Atención Prioritaria <input type="checkbox"/> Estrategia Habitabilidad calle <input type="checkbox"/> Hogar de paso Proteccionista <input type="checkbox"/> Operativo | | |



| | | |
|---|------------------|---|
| Datos del solicitante | | |
| Nombre: Luis Eduardo Rubio | CC: 17116527 | Teléfono: 3005756160 |
| Datos del Animal | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Canino <input checked="" type="checkbox"/> Macho Nombre: Bruno <input type="checkbox"/> Felino <input type="checkbox"/> Hembra | Edad: 7 1/2 AÑOS | Color: blanco |
| Raza: mestizo | | Microchip: ¿Tenía? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Entero <input checked="" type="checkbox"/> Esterilizado <input type="checkbox"/> De calle <input type="checkbox"/> Hogar de paso <input type="checkbox"/> Desconocido <input checked="" type="checkbox"/> Con propietario | | |

| | | |
|-----------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Datos del lugar/evento | | |
| Dirección: CV 11Beste # 20-48 Sur | Barrio: La Catedral | Localidad: SAN CRISTOBAL |
| Correo electrónico: | Estrato: 2 | UPZ |

| | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------|--|----------------------|--|
| Examen clínico general | | | | | |
| F.C (L/min): 110 | F.R (R/min): 14 | T (°C): 37.8 | C.C: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | | |
| TLLC: 2 | Pulso: Fuerte | Mucosas: Rosas | % Deshidratación: | Peso: 10 kg | |
| APN: Aparentemente Normal; AN: Anormal; NE: No Evaluado. | | | | | |
| 1 | Piel y anexos | | 7 | Sistema reproductivo | |
| 2 | Sistema musculo esquelético | | 8 | Ganglios linfáticos | |
| 3 | Sistema digestivo | | 9 | Sistema urinario | |
| 4 | Sistema respiratorio | | 10 | Ojos | |
| 5 | Sistema nervioso | | 11 | Otro ¿cuál? | |
| 6 | Sistema cardiovascular | | 12 | Comportamiento | |

| | |
|---|--|
| SIGNOS CLINICOS | |
| MSA en miembro anterior izquierdo. Nódulo Rosado en Región Dorsal del | |
| Dx: Problema Nutricional. Aleno. Externos. | |
| Dx: X metacarpales, ausencia de... Lipoma | |

| Servicios prestados | Producto | Recomendaciones | |
|---------------------|---------------------------|-----------------|--|
| 1 | Valoración Veterinaria | 1 | Desparasitación Interna Cada mes. |
| 2 | Desparasitación Interna | 2 | Desparasitación Externa Cada mes. |
| 3 | Desparasitación Externa | 3 | Vitaminización. |
| 4 | Implantación de microchip | 4 | Realizar / completar esquema Vacunación. |

| | | | |
|---|---------------------------------|----------|--|
|  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL | |  BOGOTÁ SECRETARÍA DE GOBIERNO |
| | HISTORIA CLÍNICA | | |
| | Código: | Versión: | |

| | | | |
|----|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| 5 | Vitaminización | 5 | Continuar con tratamiento sugerido. |
| 6 | Antibioterapia | 6 | Esterilización. |
| 7 | Tto. Analgésico / antiinflamatorio | 7 | Exámenes de laboratorio: |
| 8 | Tto. Heridas | 8 | Realizar otras ayudas diagnósticas: |
| 9 | Vacunación Preventiva | 9 | ¿OtraCuál? |
| 10 | Otra ¿cual? | | |

¿Caso trasladado?:

☐ SI ☐ No

Traslado a:

☐ Cierre de Caso
☐ Seguimiento

☐ CES

☐ Urgencias proyecto ALU

☐ Esterilizaciones

☐ Traslado 123

☐ Maltrato

☐ Otro. ¿Cuál?

Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración

- Examen Citológico por Aspiración de Asge Fm - Hemograma completo
- Biopsia e histopatología.
- Envío tto. cerebral, suspension, clareación, prednisolona tableta

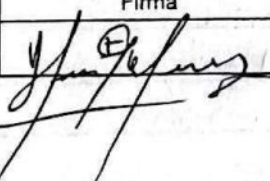
Consentimiento informado para realizar procedimientos médicos veterinarios como: _____

☐ Propietario ☐ Cuidador ☐ Testigo

Yo, Luis E. Rubio identificado con número de Cédula 277176525 manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del MV, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: Bruno a través del programa de Brigadas Médicas para Caninos y Felinos; que entiendo los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizarse y que fueron respondidos todos mis interrogantes al respecto. Así mismo autorizo al médico veterinario de la Alcaldía Local de San Cristóbal a realizar los procedimientos veterinarios al animal referenciado en calidad de propietario, cuidador y/o testigo. Firmo de manera libre y voluntaria, en constancia de que he sido interrogado y de haber recibido toda la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado mis inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento. así mismo autorizo a la Alcaldía Local de San Cristóbal el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.

Firma: X Luis E. Rubio



Datos del médico veterinario Casa CyPA - Alcaldía

| Nombre | Firma | N° de Matrícula Profesional |
|--------------------------|---|-----------------------------|
| Hugo Julián Ibarra Muñoz |  | |

Hugo Julián Ibarra Muñoz
Médico Veterinario Zootecnista
MP 35582

Apoya y/o Asiste

INDIO GUERRERO

| | | | |
|---|---------------------------------|----------|--|
|  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL | |  BOGOTÁ SECRETARÍA DE GOBIERNO |
| | HISTORIA CLÍNICA | | |
| | Código: | Versión: | |

| | | |
|--|----------------|---------------------------|
| Fecha: 25-05-2026 | Hora: 11:46 AM | N.º Consecutivo: 007 |
| N.º Petición / Incidente: Problema de piel | | Lugar de Asistencia: ALSC |

Tipo de Intervención:

☐ Jornada Masiva
 ☐ Visita de Atención Prioritaria
 ☐ Estrategia Habitabilidad calle
 ☐ Hogar de paso Proteccionista
 ☐ Operativo

Datos del solicitante

Nombre: Daymar López Pardo CC: 51552154 Teléfono: 311 788 2163

Datos del Animal

☒ Canino ☒ Macho ☐ Felino ☐ Hembra Nombre: Bruno
 Edad: 9 años Color: Negro Raza: mestizo
☐ Entero ☒ Esterilizado ☐ De calle ☐ Hogar de paso
☐ Desconocido ☒ Con propietario Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO ☒

Datos del lugar/evento

Dirección: Cr 16 este # 220-23 sur Barrio: Granada Localidad: SAN CRISTOBAL
 Correo electrónico: Estrato: 2 UPZ

Examen clínico general

F.C (L/min): 112 F.R (R/min): 12 T (°C): 37.8 C.C: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
 TLLC: 2 Pulso: fuerte Mucosas: Rosas % Deshidratación: Peso: 3.6 kg



APN: Aparentemente Normal; AN: Anormal; NE: No Evaluado.

| | | | |
|---|-----------------------------|----|----------------------|
| 1 | Piel y anexos | 7 | Sistema reproductivo |
| 2 | Sistema musculo esquelético | 8 | Ganglios linfáticos |
| 3 | Sistema digestivo | 9 | Sistema urinario |
| 4 | Sistema respiratorio | 10 | Ojos |
| 5 | Sistema nervioso | 11 | Otro ¿cuál? |
| 6 | Sistema cardiovascular | 12 | Comportamiento |

SIGNOS CLÍNICOS

Puntos variables: Mordeduras y laceración Alopecia focal Guleses leves
 Escamas o coque presentes presencia de pulso
 DX: dermatitis (DAP) Dermatitis Alérgica por pulso

| Servicios prestados | | | Producto | | | Recomendaciones | | |
|---------------------|---------------------------|--|----------|------------------------------|-------------|-----------------|--|--|
| 1 | Valoración Veterinaria | | 1 | Desparasitación Interna Cada | mes. | | | |
| 2 | Desparasitación Interna | | 2 | Desparasitación Externa Cada | mes. | | | |
| 3 | Desparasitación Externa | | 3 | Vitaminización. | | | | |
| 4 | Implantación de microchip | | 4 | Realizar / completar esquema | Vacunación. | | | |

| | | | |
|---|---------------------------------|----------|--|
|  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL | |  SECRETARÍA DE GOBIERNO |
| | HISTORIA CLÍNICA | | |
| | Código: | Versión: | |

| | | | | | |
|----|------------------------------------|--|---|-------------------------------------|--|
| 5 | Vitaminización | | 5 | Continuar con tratamiento sugerido. | |
| 6 | Antibioterapia | | 6 | Esterilización. | |
| 7 | Tto. Analgésico / antiinflamatorio | | 7 | Exámenes de laboratorio: | |
| 8 | Tto. Heridas | | 8 | Realizar otras ayudas diagnósticas: | |
| 9 | Vacunación Preventiva | | 9 | ¿OtraCuál? | |
| 10 | Otra ¿cual? | | | | |

¿Caso trasladado?:

☐ Si ☐ No

Traslado a:

☐ Cierre de Caso
☐ Seguimiento

☐ CES

☐ Urgencias proyecto ALU

☐ Esterilizaciones

☐ Traslado 123

☐ Maltrato

☐ Otro. ¿Cuál? _____

| |
|--|
| Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración |
| Se envia tto para la ces, cubre en un mo |



| |
|--|
| Consentimiento Informado para realizar procedimientos médicos veterinarios como: _____ |
| <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Testigo |
| Yo, <u>X Doris López</u> identificado con número de Cédula <u>X 51552N</u> , manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del <u>MV</u> , toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: <u>Bun</u> a través del programa de Brigadas Médicas para Caninos y Felinos; que entiendo los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizarse y que fueron respondidos todos mis interrogantes al respecto. Así mismo autorizo al médico veterinario de la Alcaldía Local de San Cristóbal a realizar los procedimientos veterinarios al animal referenciado en calidad de propietario, cuidador y/o testigo. Firmo de manera libre y voluntaria, en constancia de que he sido interrogado y de haber recibido toda la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado mis inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento. así mismo autorizo a la Alcaldía Local de San Cristóbal el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012. |
| Firma: <u>X [Signature]</u> |

| | | |
|---|-------------|-----------------------------|
| Datos del médico veterinario Casa CyPA – Alcaldía | | |
| Nombre | Firma | N° de Matricula Profesional |
| Hugo Julián Ibarra Muñoz | [Signature] | |

Apoya y/o Asiste
[Signature]

Hugo Julián Ibarra Muñoz
Medico Veterinario Zootecnista
ID 35582

Hugo Julián Ibarra Muñoz
Medico Veterinario Zootecnista
MP 35582

| | | | |
|---|---------------------------------|----------|---|
|  ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL | |  BOGOTÁ SECRETARÍA DE GOBIERNO |
| | HISTORIA CLÍNICA | | |
| | Código: | Versión: | |

| | | |
|--|-------------|---------------------------|
| Fecha: 25-05-2026 | Hora: 12:48 | N.º Consecutivo: 804 |
| N.º Petición / Incidente: Problema de Piel | | Lugar de Asistencia: Alsc |

Tipo de Intervención:

☐ Jornada Masiva
 ☐ Visita de Atención Prioritaria
 ☐ Estrategia Habitabilidad calle
 ☐ Hogar de paso Proteccionista
 ☐ Operativo

Datos del solicitante

Nombre: Dn. Marek Lupa pour
 CC: 51552164
 Teléfono: 312 582 167

Datos del Animal

☒ Canino ☒ Macho ☐ Hembra
 Nombre: Luca
 Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO ☒
 Edad: 8 años Color: Blanco - Negro Raza: Mezcla
☐ Entero ☒ Esterilizado ☐ De calle ☐ Hogar de paso
☐ Desconocido ☒ Con propietario

Datos del lugar/evento

Dirección: Cll 1B este # 220 - 23 sur Barrio: Granah Localidad: SAN CRISTOBAL
 Correo electrónico: Estrato: 2 UPZ

Examen clínico general

F.C (L/min): 110 F.R (R/min): 14 T (°C): 37.9 C.C: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
 TLLC: 2 Pulso: Real Mucosas: Rosas % Deshidratación: Peso: 25 kg



APN: Aparentemente Normal; AN: Anormal; NE: No Evaluado.

| | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|--|--|--|----|----------------------|--|--|--|
| 1 | Piel y anexos | | | | 7 | Sistema reproductivo | | | |
| 2 | Sistema musculo esquelético | | | | 8 | Ganglios linfáticos | | | |
| 3 | Sistema digestivo | | | | 9 | Sistema urinario | | | |
| 4 | Sistema respiratorio | | | | 10 | Ojos | | | |
| 5 | Sistema nervioso | | | | 11 | Otro ¿cuál? | | | |
| 6 | Sistema cardiovascular | | | | 12 | Comportamiento | | | |

SIGNOS CLINICOS

Puntos Variables ☒ Mucosas Leves ☒ Alopecia focal
 Sistema Leve ☒ presencia de pulso
 D Apariencia (DAP) Demencia Aleister por pulso

| Servicios prestados | Producto | Recomendaciones |
|-----------------------------|----------|--|
| 1 Valoración Veterinaria | | 1 Desparasitación Interna Cada mes. |
| 2 Desparasitación Interna | | 2 Desparasitación Externa Cada mes. |
| 3 Desparasitación Externa | | 3 Vitaminización. |
| 4 Implantación de microchip | | 4 Realizar / completar esquema Vacunación. |

| | | | |
|---|---------------------------------|----------|--|
|  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL | |  SECRETARÍA DE GOBIERNO |
| | HISTORIA CLÍNICA | | |
| | Código: | Versión: | |

| | | | | | |
|----|------------------------------------|--|---|-------------------------------------|--|
| 5 | Vitaminización | | 5 | Continuar con tratamiento sugerido. | |
| 6 | Antibioterapia | | 6 | Esterilización. | |
| 7 | Tto. Analgésico / antiinflamatorio | | 7 | Exámenes de laboratorio: | |
| 8 | Tto. Heridas | | 8 | Realizar otras ayudas diagnósticas: | |
| 9 | Vacunación Preventiva | | 9 | ¿Otra Cuál? | |
| 10 | Otra ¿cual? | | | | |

¿Caso trasladado?:

☐ Si ☐ No

Traslado a:

☐ Cierre de Caso
☐ Seguimiento

☐ CES

☐ Esterilizaciones

☐ Traslado 123

☐ Maltrato

☐ Urgencias proyecto ALU

☐ Otro, ¿Cuál? _____

Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración

Se envia Hta para la Ces, Valua en un ms

Consentimiento Informado para realizar procedimientos médicos veterinarios como: _____

☐ Propietario ☐ Cuidador ☐ Testigo

Yo, DORIS LÓPEZ identificado con número de Cédula 151582150, manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del MV, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: LUCAS a través del programa de Brigadas Médicas para Caninos y Felinos; que entiendo los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizarse y que fueron respondidos todos mis interrogantes al respecto. Así mismo autorizó al médico veterinario de la Alcaldía Local de San Cristóbal a realizar los procedimientos veterinarios al animal referenciado en calidad de propietario, cuidador y/o testigo. Firmo de manera libre y voluntaria, en constancia de que he sido interrogado y de haber recibido toda la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado mis inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento. así mismo autorizo a la Alcaldía Local de San Cristóbal el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012.

Firma: [Firma]

Datos del médico veterinario Casa CyPA – Alcaldía

| Nombre | Firma | N° de Matrícula Profesional |
|--------------------------|----------------|-----------------------------|
| Hugo Julián Ibarra Muñoz | <u>[Firma]</u> | Hugo Julián Ibarra Muñoz |

Medico Veterinario Zootecnista

MP 35582

Apoya y/o Asiste

WILBER GERRERO