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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 01
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Chilly | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 4A 4M
COLOR: Blanco | PESO: Kg 6,8 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Maria Patricia Castiblanco | C.C.: 23.497.317
CONTACTO: 3195070717 | E-MAIL: NE
DIRECCIÓN: Cr 123 # 14B - 08 | BARRIO: Recodo
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

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

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 24 rpm | F.Cardiaca: 100 lpm | T°: 38,4 | 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		X		MÚSCULO ESQUELÉTICO	/			OIDOS	/		
PIEL Y ANEXOS		X		NEUROLOGÍA	/			NARIZ	/		
DIGESTIVO		X		GENITOURIONARIO	/			OJOS		X	
RESPIRATORIO	/			REPRODUCTIVO	/			OTROS			
CARDIOVASCULAR	/			LINFOIDE	/						

HALLAZGOS ANORMALES

Opacidad bicorneal.
Enf Periodontal tipo I
Lesion costrosa a nivel de la oreja derecha

PLANES TERAPÉUTICOS

Realizar higiene oral 2 veces por semana
Interconsulta con oftalmologia
Formula con Clorhexidina y Sanideram.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Leonardo Guerrero, Universidad Antonio Nariño, Médico Veterinario, TP. 46046 | TARJETA PROFESIONAL No. 46046

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	055932
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	Pensantel wpt 2403
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray F70D1251
	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: 23497317

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.497.317
CASTIBLANCO
APELLIDOS
MARTA PATRICIA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-DIC-1970
SIMIJACA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

23-ENE-1989 CHIQUINQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-3110600-00161874-F-0023497317-20090708 0013197659A 1 3010102140

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: x. | CALLE: — | HX: 02

NOMBRE PACIENTE: Mona | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 6A.
COLOR: Dorado | PESO: Kg 18,4 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Marta Patricia Castiblanco | C.C.: 23.497.317.
CONTACTO: 3195070717 | E-MAIL: NR.
DIRECCIÓN: Cr 123 # 14B - 08. | BARRIO: Recodo.
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Ovh | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR.
ÚLTIMA VACUNACIÓN: Rabia | FECHA: NOV/25
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 24 rpm | F.Cardiaca: 98 lpm | T°: 38,6 | MUCOSAS: Rosa
TLLC: 2 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 4 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente con inicios de obesidad.
Enf periodontal tipo I

PLANES TERAPÉUTICOS

Perfil general de control.
Se deja Formula con Engystol para aumentar defesas
Realizar limpieza oral 2 veces por semana

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Leonardo Guerrero Universidad Antonio Nariño Médico Veterinario TP 46046 | TARJETA PROFESIONAL No. 46046

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	055936.
	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)	Petsantel WPT2403
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FIOD1251
	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: 23497317

Nombre del animal de compañía: Mona ESPECIE: Canino SEXO: H.

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 03
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Dulce | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 13 AÑOS
COLOR: Beige | PESO: Kg 12 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Marta Patricia Castiblanco. | C.C.: 23,497,317
CONTACTO: 3195070717 | E-MAIL: NR
DIRECCIÓN: Cr 123 # 14B 08 | BARRIO: Recodo
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Ovh | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR
ÚLTIMA VACUNACIÓN: Penta | FECHA: May/05
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR.
ÚLTIMO CELO: NE | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR.

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 20 rpm | F.Cardiaca: 103 lpm | T°: 38,7 | MUCOSAS: Rosa

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3 /5 | RETORNO DE PIEL: 2. Seg

EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES

Presenta multiples papilomas en diferentes zonas del cuerpo
Enfermedad articular degenerativa
NO se vacuna por ser geronte
Ausencia de piezas dentales

PLANES TERAPÉUTICOS

Formula con Engystol, Galium, atvi, Condromax
Perfil, Geronte, Radiografia de cadera
Zeel, traumeel

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Leonardo Guerrero — Universidad Antonio Nariño — Médico Veterinario — TP 46046 | TARJETA PROFESIONAL No. 46046

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	
	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)	Pensante/ wpt 2403
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FIODIOSI
	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: 23497317 CC O PPT: c/c

Nombre del animal de compañía: Dulce ESPECIE: canina SEXO: H

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05-05-26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 04
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Ramona | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 9A
COLOR: Negro | PESO: Kg 40 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Marta Patricia Castiblanco | C.C.: 23.497,317
CONTACTO: 3195070717 | E-MAIL: NE
DIRECCIÓN: Cr 123 # 14B - 08 | BARRIO: Recodo
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

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

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 21 rpm | F.Cardiaca: 98 lpm | T°: 37,9 | MUCOSAS: ROSA
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 5 /5 | RETORNO DE PIEL: 2. Seg

EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente obeso.
Enf articular degenerativa

PLANES TERAPÉUTICOS

- Perfil geriatrico.
- Disminuir porción de comida en un 20%
- Aumentar actividad Física.
- Fórmula con ativi, condromax, engysto' para el aumento de defensas.
- Zoel y traumeel

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Leonardo Guerrero, Universidad Antonio Nariño, Médico Veterinario, TP. 16046 | TARJETA PROFESIONAL No. 46046

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	055932
	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)	Pensantel wpt 2403
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FIOD1251
	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: 23497317

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

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05-05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X. | CALLE: — | HX: 05

NOMBRE PACIENTE: Fortuna | ESPECIE: canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 13A | COLOR: Dorado | PESO: Kg 35,5 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Marta Patricia Castiblanco | C.C.: 23.497,317

CONTACTO: 3195070717 | E-MAIL: NR

DIRECCIÓN: Cr 123 # 14B -08. | BARRIO: Recodo

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

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 26 rpm | F.Cardiaca: 110 lpm | T°: 38,4 | MUCOSAS: ROSA

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

EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES

ENF Articular degenerativa.
Paciente obeso

PLANES TERAPÉUTICOS

- Perfil geronte.
- Formula. Con engystol, ativi y condroma X.
- Disminuir porcion de comida en un 20%.
- Aumentar actividad fisica.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Andrea Medina V. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366 | TARJETA PROFESIONAL No. 28365

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	OSS932
	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)	Pensantel Wpt 2403
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FIOD1251
	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: 23497317

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

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05-05-26. COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X HX: 06
CALLE: --

NOMBRE PACIENTE: Natasha | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 13 A
COLOR: Dorado | PESO: Kg 12 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Marta Patricia Castiblanco | C.C.: 23.497,317
CONTACTO: 3195030717 | E-MAIL: NR
DIRECCIÓN: Cr 123 # 14B - 08 | BARRIO: Recodo
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

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: NE

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 21 rpm | F.Cardiaca: 100 lpm | T°: 38,4 | MUCOSAS: Rosa
TLLC: 2 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3,5 /5 | RETORNO DE PIEL: 4 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

Ausencia de piezas dentales

PLANES TERAPÉUTICOS

Perfil geronte
Formula con Engystol para aumentar defensas

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Sandra Medina V. Médica Veterinaria Universidad de la Salle T.P. 28366 | TARJETA PROFESIONAL No. 28365

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	055932
	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)	Pensantel wp+ 2403
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray Fiodios!
	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: 23499317

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

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26. | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 07
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Flaca | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 10A
COLOR: Dorado | PESO: Kg 32,8 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Marta patricia castiblanco | C.C.: 23, 497,317
CONTACTO: 3195070317 | E-MAIL: NE
DIRECCIÓN: Cr 123 # 143 - 08 | BARRIO: Recodo
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

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

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 21 rpm | F.Cardiaca: 100 lpm | T°: 38,6 | MUCOSAS: ROSA

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 4 /5 | RETORNO DE PIEL: 2 Seg

EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente con inicios de obesidad
Enfermedad periodontal tipo II

PLANES TERAPÉUTICOS

Disminuir porcion de comida en un 15%
Realizar profilaxis dental y retiro de piezas dentales

Leonardo Guerrero
Universidad Antonio Nariño
Médico Veterinario
TP 46046

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: _____ TARJETA PROFESIONAL No. 46046

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	055932
	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)	Pensantel Wpt 2403
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FIOD1251
	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: 23497317

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

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | HX: 08
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Sasha. | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 10 A
COLOR: Negro y blanco | PESO: Kg 21,7 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Marta Patricia Castiblanco | C.C.: 23,497,317
CONTACTO: 3195070717 | E-MAIL: NE
DIRECCIÓN: Cr 123 # 14B 08 | BARRIO: Recodo
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

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

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 25 rpm | F.Cardiaca: 100 lpm | T°: 38,6 | MUCOSAS: ROSA
TLLC: 2 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 2,8 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES

Paciente en tratamiento de otitis

PLANES TERAPÉUTICOS

Aumentar porción de comida en un 10%
Continuar tratamiento.

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 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 DC | ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | BOGOTÁ

PROCEDIMIENTO / SERVICIO	SERVICIO	APLICACIÓN / LOTE PRODUCTO
VACUNACIÓN	Vacuna DP Puppy	
	Vacuna Pentavalente	05 5932.
	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)	Pensantel wpt 2403
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FIOD1651
	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: 23497317

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

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05/05/26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: ___ | HX: 09
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Wanda | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 12A
COLOR: Negro | PESO: Kg 28,4 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Marta Patricia Castiblanco | C.C.: 23,497,317
CONTACTO: 3195070717 | E-MAIL: NE
DIRECCIÓN: Cr 123 # 14B - 08 | BARRIO: NE
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Ovh | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NE
ÚLTIMA VACUNACIÓN: Penta | FECHA: May 125
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NE
ÚLTIMO CELO: NE | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NE

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 22 rpm | F.Cardiaca: 86 lpm | T°: 37,8 | 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		X		MÚSCULO ESQUELÉTICO	X			OIDOS	X		
PIEL Y ANEXOS	X			NEUROLOGÍA	X			NARIZ	X		
DIGESTIVO		X		GENITOURIONARIO	X			OJOS	X		
RESPIRATORIO	X			REPRODUCTIVO		X		OTROS			
CARDIOVASCULAR	X			LINFOIDE	X						

HALLAZGOS ANORMALES

Enf periodonta tipo III
ausencia de piezas dentales

PLANES TERAPÉUTICOS

Perfil Geronte.
PROFILAXIS dental

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Leonardo Güerrero | Universidad Antonio Nariño Médico Veterinario TP. 46046 | TARJETA PROFESIONAL No. 46046

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	055932
	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)	Pensantel WPT 2403
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FIOD1051
	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: 23497317

Nombre del animal de compañía: Wanda ESPECIE: Canino SEXO: H.

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

HISTORIA CLÍNICAS BRIGADAS MEDICO-VETERINARIAS
CPS 533-2025

FECHA: 05-05-26 | COMUNIDAD: ___ PROTECCIONISTA: X | CALLE: — | HX: 10

NOMBRE PACIENTE: Chiqui | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 5A | COLOR: Dorado | PESO: Kg 10 | SEXO: M ( ) H (X)

TENEDOR Y/O TUTOR: Marta Patricia Castiblanco | C.C.: 23 497, 317.

CONTACTO: 3195070717 | E-MAIL: NR.

DIRECCIÓN: Cl 123 # 14B - 08 | BARRIO: Recodo

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

ANAMNESIS

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

ENFERMEDADES ANTERIORES: NR

ÚLTIMA VACUNACIÓN: Penta | FECHA: May/25

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 19 rpm | F.Cardiaca: 91 lpm | T°: 37,9 | MUCOSAS: ROSA

TLLC: 2 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 4 /5 | RETORNO DE PIEL: 1 Seg

EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES

Inicio de obesidad
Enf periodontal tipo I

PLANES TERAPÉUTICOS

- Disminuir porción de comida en un 15%
- Higiene oral 2 veces por semana
- Perfil general

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Leonardo Guerrero | Universidad Antonio Nariño | Médico Veterinario | TP. 46046 | TARJETA PROFESIONAL No. 46046

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	055932.
	Vacuna Hexavalente	
	Tos de Perreras	
	Vacuna Triple Felina	
	Vacuna Leucemia	
DESPARASITACIÓN		
INTERNO	Desparasitación interna paciente talla pequeña (0 kg – 10 kg)	Pensantel wpt 2403
	Desparasitación interna paciente talla mediana (>10 kg – 25 kg)	
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FIOD1251
	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: 2349737

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