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: 11

NOMBRE PACIENTE: Manchas | ESPECIE: Canino. | RAZA: Mestizo | EDAD: 5A.
COLOR: Gris y blanco. | PESO: Kg 17 | SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Marta Patricia Castiblanco | C.C.: 23.497.317
CONTACTO 3195070717 | E-MAIL: NE
DIRECCIÓN: Cr 123 # 148 - 08 | BARRIO: Recodo
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Castración | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NE
ÚLTIMA VACUNACIÓN: Penta | FECHA: May/25
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NE.
ÚLTIMO CELO: NA | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NE

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 21 rpm F.Cardiaca: 104 lpm | T°: 38,1 | MUCOSAS: ROSAS.
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	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

Inicios de obesidad.
Paciente con soplo cardiaco
Enf Periodontal tipo II

PLANES TERAPÉUTICOS

Perfil General + triglicerides y colesterol
Formula con Engystol
Interconsulta con Cardiología
Realizar higiene oral 2 veces por semana.
Disminuir porción de comida en un 15%

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Leonardo Guerrero TARJETA PROFESIONAL No. 46046

Universidad Antonio Nariño
Médico Veterinario
TP. 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)	Pensantel WPT 2403
	Desparasitación interna paciente talla grande (>25 kg)	
EXTERNO	Antiparasitario externo para perros	Fiprospray FIDN25.
	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: Manchas ESPECIE: Canino SEXO: M

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: 12
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Horacio | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 9A.
COLOR: Negro. | PESO: Kg 28. | SEXO: M (X) H ( )

TENEDOR Y/O TUTOR: Marta Patricia Castiblanco | C.C.: 23.497.317
CONTACTO: 3195070917 | E-MAIL: NR
DIRECCIÓN: Cl 123 # 14B - 08 | BARRIO: Rincón
ALIMENTACIÓN: CONCENTRADO ( ) BARF ( ) MIXTO (X) CASERO ( ) | AMBIENTE: CALLE ( ) CASA (X) APTO ( ) TERRAZA ( ) FINCA ( )

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Castración | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ( ) ADOPTADO ( ) RESCATADO (X) NACIDO ( )
ENFERMEDADES ANTERIORES: NR.
ÚLTIMA VACUNACIÓN: Denta | FECHA: 05/25
VERMIFUGACIÓN: SI ( ) NO (X) | FECHA: NR
ÚLTIMO CELO: NA | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI (X) NO ( )
CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 44 rpm | F.Cardiaca: 102 lpm | T°: 38,6 | MUCOSAS: Rosa
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3,5 /5 | RETORNO DE PIEL: 2 Seg

EXAMEN CLÍNICO

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

HALLAZGOS ANORMALES

Enf Periodontal tipo II
Enf articular Degenerativa
Conjuntivitis unilateral derecha
Papiloma en ojo derecho.

PLANES TERAPÉUTICOS

Perfil Geronte.
Formula con Engystol, Condromax y ativi, Galium.
Higiene oral. 2 veses por semana.
Zoel, traumeel.
Colirio oftalmológico.

FIRMA MÉDICO VETERINARIO: Leonardo Guerrero Universidad Antonio Nariño 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: Horacio ESPECIE: Canino SEXO: M

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: 13

NOMBRE PACIENTE: Haza | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 5A | COLOR: Blanco | PESO: Kg 9,2 | SEXO: M X H ○

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 ✓ CASERO ○ | AMBIENTE: CALLE ○ CASA ✓ APTO ○ TERRAZA ○ FINCA ○

ANAMNESIS

CIRUGÍAS ANTERIORES: Castracion | LUGAR DE ORIGEN: COMPRADO ○ ADOPTADO ○ RESCATADO ✓ NACIDO ○

ENFERMEDADES ANTERIORES: NR

ÚLTIMA VACUNACIÓN: Penta | FECHA: May 26.

VERMIFUGACIÓN: SI ○ NO ✓ | FECHA: NR

ÚLTIMO CELO: NA | CONVIVE CON OTROS ANIMALES: SI ✓ NO ○

CONSUME MEDICAMENTOS: NR

MOTIVO DE LA CONSULTA

BRIGADA MEDICO VETERINARIA

F. Respiratoria 26 rpm | F.Cardiaca: 121 lpm | T°: 38,2. | MUCOSAS: ROSA

TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3,5 /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

Enf periodontal tipo I

PLANES TERAPÉUTICOS

Higiene oral 2 veces por semana
Formula con Engystol para aumentar defensas
Perfil general de control

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 FIODTUS1
	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: Haza ESPECIE: Canino SEXO: M

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: 14
CALLE: —

NOMBRE PACIENTE: Guantes | ESPECIE: Canino | RAZA: Mestizo | EDAD: 13 A
COLOR: Amarillo | PESO: Kg 25 | SEXO: M (x) H ( )

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: Castracion | 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 28 rpm | F.Cardiaca: 99 lpm | T°: 38,6 | MUCOSAS: Rosa
TLLC: 1 Seg | CONDICIÓN CORPORAL 3,5 /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 periodontal tipo III
Enf articular degenerativa.

PLANES TERAPÉUTICOS

- Radiografia lumbo-sacra
- Se envia formula con ativi y condromax.
- Perfil geronte.
- Profilaxis dental
- Zeel, traumeel.

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)	Petsantel WPT 2403
	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: Evantes ESPECIE: Canino SEXO: M.