BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

Código: GDI-GPD-FO29
Versión: 07
Vigencia: 25 de septiembre de 2025
Caso HOLA: 180920

Objeto de la reunión:	Atención punto LyD
Fecha:	21107126
Lugar:	Alsc
Dependencia:	CyPA
Hora de inicio:	08 am
Hora de finalización:	1pm
Nombre del Responsable:	Angie Lyd
Modalidad:	X Presencial / Virtual / Telefónica / Mixta

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS (Jurídico o legal)	NOMBRE IDENTITARIO	ENTIDAD	DEPENDENCIA	CARGO: ASESOR	CARGO: DIRECTIVO	CARGO: PROFESIONAL	CARGO: TÉCNICO/ TECNÓLOGO	CARGO: AUXILIAR	TIPO DE VINCULACIÓN: CARRERA	TIPO DE VINCULACIÓN: PROVISIONAL	TIPO DE VINCULACIÓN: LIBRE NOMB.	TIPO DE VINCULACIÓN: CONTRATISTA	CORREO ELECTRÓNICO - TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA
CC	1023923371	Angie Lyd	—	ALSC	CyPA			X						X	3002935017	
CC	1013635369	Johana ayona	propietario	—	—										3012362433	
CC	1023979636	laura Brito ocampo	propietario	—	—										3138249665	
CC	52280958	manuela sanchez	propietaria	—	—										3132891914	
CC	19497898	manuel ortiz	propietario	—	—										318-3603063	
CC	5162346	Silma esponche	propietaria	—	—										3008480108	
CC	41634127	dona gonzalez	propietario	—	—										3105736684	
	79347605	leonardo velosco													3164114294	
CC	35546433	Yasira Mosquera		ALSC	CyPA			X						X	3123945170	

CONSENTIMIENTO: Quien suscribe este diario, 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 por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a 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.

Ver SAC 4000 Manual de Atención Diferencial y Preferencial para personas con discapacidad, disponible en https://guia.gobiernobogota.gov.co/content/sistema-integrado-de-gestion-sdg

3	Despare
4	Implant

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

el dia 21 de 04 de 26 se realizo atencion en punto fijo con un total de 5 consultas en una de ellas una paciente llamada Carolome con neoplasia en Region peniana. Reportaron que ena de la calle y que no tenian dinero (pequeña de Barrio o de cuadra) se recomendo extranjeria. y se realizaron 2 desparasitaciones

Ana Angel Lopez.

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN:

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA

NOTA 1: En caso de ser una reunión virtual se puede anexar el informe de asistencia generado por las plataformas de reuniones o plataformas que quieran formularios.
NOTA 2: Agregue o elimine las filas que sean necesarias para registrar los asistentes y los compromisos de la reunión.

Impresión: Secretaría General- Subdirección de Imprenta Distrital

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL

HISTORIA CLÍNICA

Código: | Versión:

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Fecha: 21/07/26.	Hora: 11:27	N.º Consecutivo:
N.º Petición / Incidente:		Lugar de Asistencia:

Tipo de Intervención:
☐ Jornada Masiva ☑ Visita de Atención Prioritaria ☐ Estrategia Habitabilidad calle ☐ Hogar de paso Proteccionista ☐ Operativo

Datos del solicitante

Nombre: dora gonzalez	CC: 41634127	Teléfono: 3057366811

Datos del Animal

☑ Canino ☐ Felino	☑ Macho ☐ Hembra	Nombre: TOBIAS.	Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO ☐
Edad: 5 años.	Color: negro blanco	Raza: criollo	
☐ Entero	☑ Esterilizado	☐ De calle ☐ Hogar de paso ☐ Con propietario	☐ Desconocido

Datos del lugar/evento

Dirección: Cra 8H 4-15	Barrio: Nariñoson	Localidad: SAN CRISTOBAL
Correo electrónico:	Estrato: 2	URZ

Examen clínico general

F.C (L/min): 125	F.R (R/min): 20	T (°C): 38	C.C: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5 ☐
TLLC: 2	Pulso: Filc-	Mucosas: rosa-	% Deshidratación: / Peso:

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

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

SIGNOS CLÍNICOS

dolor lumbar / Hengro

	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.	

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 ☐ CES ☐ Esterilizaciones ☐ Traslado 123
☐ Seguimiento ☐ Urgencias proyecto ALU ☐ Maltrato

☐ Otro. ¿Cuál? _____

Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración

dolor lumbar. / dermatitis seborreica

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

Yo, Dora Gonzalez. identificado con número de Cédula 41634127, manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del CMV. toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: consulta 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 _____

Datos del médico veterinario Casa CyPA – Alcaldía

Nombre	Firma	N° de Matrícula Profesional
Miguel López	Miguel López	41254

Dr. Miguel Lopez Cruz
Médico Veterinario
U. La Salle
T.P. 41254

Apoya y/o Asiste

_____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL

HISTORIA CLÍNICA

Código: | **Versión:**

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Fecha: 21/07/26. | Hora: 11:11. | N.° Consecutivo:

N.° Petición / Incidente:

Tipo de Intervención: Lugar de Asistencia: ALSC

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

Datos del solicitante

Nombre: Sulma esponche. | CC: 5162346. | Teléfono: 3008480108

Datos del Animal

☒ Canino ☐ Macho ☐ Felino ☒ Hembra | Nombre: Lola | Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO ☐

Edad: 3 años | Color: Chocolate/blanco | Raza: pitboll.

☒ Entero ☐ Esterilizado ☐ Desconocido | ☐ De calle ☐ Hogar de paso ☒ Con propietario

Datos del lugar/evento

Dirección: cl 22d sur #1-45 | Barrio: Granadito. | Localidad: **SAN CRISTOBAL**

Correo electrónico: | Estrato: 2. | **UPZ**

Examen clínico general

F.C (L/min): 126 | F.R (R/min): 20 | T (°C): 38 | C.C: 1☐ 2☐ 3☒ 4☐ 5☐

TLLC: 2 | Pulso: Flc | Mucosas: Rosa | % Deshidratación: 5%. | Peso: 20 kg

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

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

SIGNOS CLÍNICOS

Le pone celo y le está salando leche. Le rasca con los dedos

	Servicios prestados	Producto
1	Valoración Veterinaria	✗
2	Desparasitación Interna	
3	Desparasitación Externa	
4	Implantación de microchip	

	Recomendaciones	
1	Desparasitación Interna Cada mes.	
2	Desparasitación Externa Cada mes.	
3	Vitaminización.	
4	Realizar / completar esquema Vacunación.	

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

otitis bilateral / produccion leche.

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

Yo, Salma Sperche identificado con número de Cédula 51623416 manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del MV, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: consulta, 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: _____

Datos del médico veterinario Casa CyPA – Alcaldía

Nombre	Firma	N° de Matrícula Profesional
		41254

Dr. Miguel Lopez Cruz
Médico Veterinario
U. La Salle
T.P. 41254

Apoya y/o Asiste

_____

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL

HISTORIA CLÍNICA

Código: | **Versión:**

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Fecha: 21/07/26. | Hora: 10:06. | N.º Consecutivo:

N.º Petición / Incidente: | Lugar de Asistencia:

Tipo de Intervención:
☐ Jornada Masiva ☒ Visita de Atención Prioritaria ☐ Estrategia Habitabilidad calle ☐ Hogar de paso Proteccionista ☐ Operativo

Datos del solicitante

Nombre: Manuela Sanchez. | CC: 52280958. | Teléfono: 3132899514.

Datos del Animal

☐ Canino ☒ Macho ☒ Felino ☐ Hembra | Nombre: Arnold. | Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO ☒

Edad: | Color: | Raza: criollo.

☐ Entero ☐ Esterilizado ☒ Desconocido | ☐ De calle ☐ Hogar de paso ☒ Con propietario

Datos del lugar/evento

Dirección: CRA 8 # 25-53 SUR | Barrio: San Pedro | Localidad: **SAN CRISTOBAL**

Correo electrónico: | Estrato: | **UPZ**

Examen clínico general

F.C (L/min): 127 | F.R (R/min): 20 | T (°C): 38 | C.C: 1☐ 2☐ 3☒ 4☐ 5☐

TLLC: 2 | Pulso: FILC | Mucosas: normo. | % Deshidratación: 5%. | Peso:

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

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

SIGNOS CLÍNICOS

Ascitis en todo abdomen derecho.

	Servicios prestados	Producto
1	Valoración Veterinaria	1
2	Desparasitación Interna	
3	Desparasitación Externa	
4	Implantación de microchip	

	Recomendaciones	
1	Desparasitación Interna Cada mes.	
2	Desparasitación Externa Cada mes.	
3	Vitaminización.	
4	Realizar / completar esquema Vacunación.	

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

Abceso por mordedura

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

Yo, Marinela Sanchez identificado con número de Cédula 52280958 manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del __MV, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: _____ 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: _____

Datos del médico veterinario Casa CyPA – Alcaldía

Nombre	Firma	N° de Matrícula Profesional
Miguel López		

Dr. Miguel Lopez Cruz
Médico Veterinario
U. La Salle
T.P. 41254

Apoya y/o Asiste

_____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL

HISTORIA CLÍNICA

Código: | **Versión:**

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Fecha: 21/07/26. | Hora: 09/15 a.m. | N.º Consecutivo:

N.º Petición / Incidente: | 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: Johana ojeda | CC: 1013635369 | Teléfono: 3012362433

Datos del Animal

☐ Canino ☒ Felino | ☐ Macho ☒ Hembra | Nombre: Nito | Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO ☒

Edad: 9 años | Color: Blanco/negro | Raza: criollo.

☐ Entero ☒ Esterilizado ☐ Desconocido | ☐ De calle ☒ Con propietario ☐ Hogar de paso

Datos del lugar/evento

Dirección: CRA 11 este #27-30 Sur | Barrio: San Blas II | Localidad: **SAN CRISTOBAL**

Correo electrónico: | Estrato: 2. | **UPZ**

Examen clínico general

F.C (L/min): 135 | F.R (R/min): 26. | T (°C): 38- | C.C: 1☐ 2☐ 3☒ 4☐ 5☐

TLLC: 2" | Pulso: filc- | Mucosas: normo- | % Deshidratación: 6%. | Peso: 4 kg

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

		APN	AN	NE			APN	AN	NE
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

Vomito ocasional. ocasional comida.

	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.	

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 ☐ CES ☐ Esterilizaciones ☐ Traslado 123
☐ Seguimiento ☐ Urgencias proyecto ALU ☐ Maltrato

☐ Otro. ¿Cuál? _____

Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración

gastritis.

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

Yo, Johana Ozuna identificado con número de Cédula 1033635369 manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del MV, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: Voluntaria 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: _____

Datos del médico veterinario Casa CyPA – Alcaldía

Nombre	Firma	N° de Matrícula Profesional
		Dr. Miguel Lopez Cruz Médico Veterinario U. La Salle T.P. 41254

Apoya y/o Asiste

_____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL

HISTORIA CLÍNICA

Código: | **Versión:**

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Fecha: 21/07/26	Hora: 09:39.	N.º Consecutivo:
N.º Petición / Incidente:		Lugar de Asistencia:

Tipo de Intervención:
☐ Jornada Masiva ☑ Visita de Atención Prioritaria ☐ Estrategia Habitabilidad calle ☐ Hogar de paso Proteccionista ☐ Operativo

Datos del solicitante

Nombre: Lorena Bautista.	CC: 1023979.636.	Teléfono: 3138249663

Datos del Animal

☑ Canino ☐ Felino / ☐ Macho ☑ Hembra	Nombre: Salome		Microchip: ¿Tenía? Si ☐ NO ☑
Edad: 1 año 5	Color: negro	Raza: criollo.	
☐ Entero ☐ Esterilizado ☑ Desconocido	☑ De calle ☐ Con propietario	☐ Hogar de paso	

Datos del lugar/evento

Dirección: Cra 12 A este # 53 C - 05 Sur	Barrio: B. conodo.	Localidad: **SAN CRISTOBAL**
Correo electrónico:	Estrato: 2.	**UPZ**

Examen clínico general

F.C (L/min): 125	F.R (R/min): 20	T (°C): 38	C.C: 1☐ 2☐ 3☑ 4☐ 5☐
TLLC: 2"	Pulso: 125	Mucosas: Rosa.	% Deshidratación: 6% / Peso: 18 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

Tiene una mona- en el ono, hace unos dias no podia hacer y ahora tiene diarrea.

	Servicios prestados	Producto
1	Valoración Veterinaria	✓
2	Desparasitación Interna	
3	Desparasitación Externa	
4	Implantación de microchip	

	Recomendaciones	
1	Desparasitación Interna Cada mes.	
2	Desparasitación Externa Cada mes.	
3	Vitaminización.	
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	¿Otra Cuál?	
10	Otra ¿cual?				

¿Caso trasladado?: ☐ **Si** ☐ **No**

Traslado a:
☐ Cierre de Caso ☐ CES ☐ Esterilizaciones ☐ Traslado 123
☐ Seguimiento ☐ Urgencias proyecto ALU ☐ Maltrato

☐ Otro. ¿Cuál? _____

Observaciones y/o Recomendaciones generales de la valoración

Neoplasia. conducto/recto cno. genitalica. tumor muy invasivo.

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

Yo, Laura Bautista identificado con número de Cédula 1020.979.636 manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna por parte del ✓ MV, toda la información sobre los procedimientos médicos veterinarios a realizar a: Consulta. 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: Laura Bautista.

Datos del médico veterinario Casa CyPA – Alcaldía

Nombre	Firma	N° de Matrícula Profesional
Miguel Lopez	Miguel Lopez	4254

Dr. Miguel Lopez Cruz
Médico Veterinario
U. La Salle
T.P. 41254

Apoya y/o Asiste

_____