CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

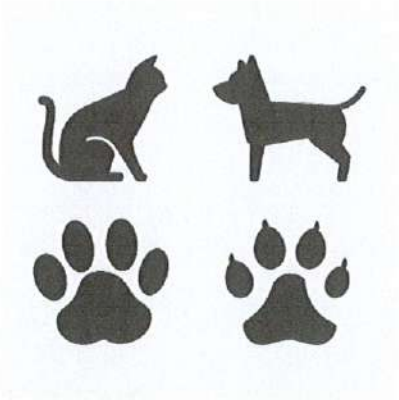
- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



ESTERILIZACIÓN CANINOS MACHOS DE O A 20 KG

CANTIDAD: 41 UNIDADES

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERÍA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 11 de 2026, siendo las 8 : 13

Yo, Daniela torres identificada 1115918071, con domicilio en Refugio Municipal propietario de Dante, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 2 años e historia clínica número 02.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Dante ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Daniela torres

Tipo y documento CC 1115918071

Firma: Daniela torres

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 11 de 2026, siendo las 10 : 13 am

Yo, Daniela torres identificada 1115918071, con domicilio en R. municipal; propietario de Dante, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 2 años e historia clínica número 2.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varie la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Dante ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Kuren Cisneros con matrícula profesional No 22160, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Daniela Torres

Tipo y documento: 1115918071

Firma: Daniela Torres

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Bubos

· CIRUGÍA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 11/07/2026 No. 02

Propietario: ____ Responsable: X Nombre y apellido: Daniela torres

Documento: 1115918071 Dirección: B. Municipal Telefono: 3213841265

Correo electronico: Danielatogo97@gmail.com

PACIENTE: Dante Nacimiento: 2024 Sexo: M

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 16.7kg

Color: amarillo Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: NO Ultimo celo: NO

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:		X		
Otras:		X		

Vermifugaciones:

Ultima fecha: NR

Producto: NR

Tratamientos recientes: ninguno

Viajes recientes: NO Vive con otros animales: Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Bueno	1. Estado general	X			8. S. Urinario	X		
T°	38.5 °C	2. Hidratación	X			9. S. Reproductivo	X		
FC	83 rpm	3. Piel y pelaje	X			10. Ganglios linfáticos	X		
FR	25 ppm	4. Musculo esquelético	X			11. S. Nervioso			
C.C.	3/5	5. S. Respiratorio	X			12. Ojos			
Mucosas:	Rosadas	6. S. Cardiovascular	X			13. Oídos	X		
TLLC:	2"	7. S. Digestivo	X			14. Nariz	X		

Hallazgos anormales:

NR

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
11 JUL	CH	Aprobado

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 11/07/2026	**SID:** 13227	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: DANTE	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: DANIELA TORRES	**Edad:** 2 AÑOS	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**11.46**	5.05 – 17.60 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	73.1	60-77%
Neutrófilos en banda	2.0	0-3 %
Linfocitos	16.3	12-30%
Eosinófilos	5.8*	13-30%
Monocitos	8.6	2-10%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	8.61	3.0 – 11.5 x10^3 /uL
# Linfocitos	1.87	1.0 – 4.8 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.67*	0.135 – 0.150 x10^3 /uL
# Monocitos	0.96*	0.100 – 0.125 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.39***	5.65 – 8.87 x 10^6 /uL
Hemoglobina	12.0*	13.1 – 20.5 g/dL
Hematocrito	38.5	37.3 – 61.7 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	71.3	61.6 – 73.5 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.3	21.2 – 25.9 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	31.3	32.0 – 37.9 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	16.0	13.6 – 21.7 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**137***	148 -484 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.1*	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	14.6	10–18 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.153	0.20–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacteriólogay Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGIA · CONSULTA · GUARDERIA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 11 de 2026, siendo las 8 : 13

Yo, Daniela torres identificada 1115918071, con domicilio en Refugio. M; propietario de Coronel, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 4 años e historia clínica número 24.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Coronel ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Daniela torres

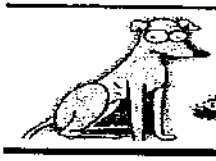
Tipo y documento: CC 1115918071

Firma: Daniela torres

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 11 de 2026, siendo las 8 : 13

Yo, Daniela torres identificada 1115918071, con domicilio en B. Municipal; propietario de Coronel, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 4 años e historia clínica número 4.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Coronel ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Karen Cuervo con matrícula profesional No 2286 la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Daniela torres

Tipo y documento: 1115819071

Firma: Daniela Torres.



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO **Sabuesos**

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 11/07/2026 **No.** 04

Propietario: ___ **Responsable:** X **Nombre y apellido:** Daniela Torres.

Documento: 1115918071 **Dirección:** B. Municipal **Telefono:** 3213841265

Correo electronico: danielatogo97@gmail.com

PACIENTE: Coronel **Nacimiento:** 2022 **Sexo:** M

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 15.8kg

Color: blanco-negro **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** — **Ultimo celo:** —

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:		X		
Otras:		X		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO **Vive con otros animales:** Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento: Activo		1. Estado general	X			8. S. Urinario	X		
T° 38.8	°C	2. Hidratación	X			9. S. Reproductivo	X		
FC 97	rpm	3. Piel y pelaje	X			10. Ganglios linfáticos	X		
FR 25	ppm	4. Musculo esquelético	X			11. S. Nervioso	X		
C.C. 31.5		5. S. Respiratorio	X			12. Ojos	X		
Mucosas: Rosadas		6. S. Cardiovascular	X			13. Oídos	X		
TLLC: 1"		7. S. Digestivo	X			14. Nariz	X		

Hallazgos anormales:

N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
11 Jul	CH	Aprobado

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

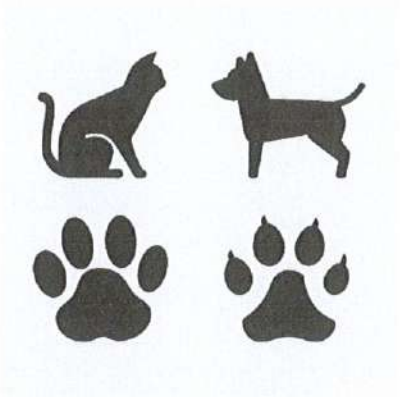
REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 11/07/2026	**SID**: 13233	**Lugar**: Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: CORONEL	**Especie**: CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: DANIELA TORRES	**Edad**: 3 AÑOS	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**20.56***	5.05 – 17.60 x10³/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	51.0*	60-77%
Neutrófilos en banda	1.0	0-3 %
Linfocitos	34.9	12-30%
Eosinófilos	1.5	13-30%
Monocitos	13.1	2-10%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	10.71	3.0 – 11.5 x10³ /uL
# Linfocitos	7.18**	1.0 – 4.8 x10³ /uL
# Eosinófilos	0.32	0.135 – 0.150 x10³ /uL
# Monocitos	2.69	0.100 – 0.125 x10³ /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.49**	5.65 – 8.87 x 10⁶ /uL
Hemoglobina	14.7	13.1 – 20.5 g/dL
Hematocrito	43.6	37.3 – 61.7 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	67.5	61.6 – 73.5 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.7	21.2 – 25.9 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	33.6	32.0 – 37.9 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	14.8	13.6 – 21.7 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**148**	148 -484 x10³ /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.9	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	12.1	10–18 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.154	0.20–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 11 de 2026, siendo las 8 : 20AM

Yo, Dora Rincón identificada CC 23.415 783, con domicilio en Aceite Alto; propietario de Max, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 3 años e historia clínica número 05.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Max ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Dora Rincón

Tipo y documento: 23415783

Firma: Rincón

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 11 de 2026, siendo las 11 : 35 am

Yo, Dora Rincon identificada CC 23415983, con domicilio en Aceite Alto; propietario de Max, especie canino, raza Mestizo, sexo M, edad 3años e historia clínica número 05.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Max ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Karen Gomez con matrícula profesional No 23860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Dora Yamin R

Tipo y documento: 23415782

Firma: Dora Yamin

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



HISTORIA CLINICA

Fecha: 11 Jul 26 No. 05

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Dora Rincón

Documento: 23.415.783 Dirección: Aceite Alto Telefono: 3222318073

Correo electronico: ____

PACIENTE: Max Nacimiento: 03/09/2023 Sexo: M

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 11,5 Kg

Color: ____ Señales particulares: ____

Fin zootecnico: ____ Origen/Procedencia: ____

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NA **Ultimo celo:** NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:		X		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: 1 mes
Producto: Nexgard

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO **Vive con otros animales:** Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Activo	1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	38.6 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	85 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	15 ppm	4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
C.C.	4/5	5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosas:	Rosadas	6. S. Cardiovascular				13. Oídos			
TLLC:	1"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
11 JUL	CH	Aprobado

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 11/07/2026	**SID**: 13230	**Lugar**: Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: MAX	**Especie**: CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: DORA RINCON	**Edad**: 3 AÑOS	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**16.24**	5.05 – 17.60 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	49.0*	60-77%
Neutrófilos en banda	0.0	0-3 %
Linfocitos	45.8*	12-30%
Eosinófilos	2.5*	13-30%
Monocitos	5.2	2-10%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	8.94	3.0 – 11.5 x10^3 /uL
# Linfocitos	8.36**	1.0 – 4.8 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.46*	0.135 – 0.150 x10^3 /uL
# Monocitos	0.94*	0.100 – 0.125 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**7.39**	5.65 – 8.87 x 10^6 /uL
Hemoglobina	16.6	13.1 – 20.5 g/dL
Hematocrito	50.1	37.3 – 61.7 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	67.7	61.6 – 73.5 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.5	21.2 – 25.9 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	33.2	32.0 – 37.9 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	15.7	13.6 – 21.7 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**133***	148 -484 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.1*	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	18.6*	10–18 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.13*	0.20–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Abuesos

· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 11 de 2026, siendo las 8 : 30AM

Yo, Dora Rincon identificada CC 23.415.783, con domicilio en Aceite Alto; propietario de Carito, especie canino, raza Mestizo, sexo M, edad 16meses e historia clínica número 06.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Carito ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ____ su proceso.

Nombre del propietario: Dora R

Tipo y documento: 23415783

Firma: Dora R

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ____ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 11 de 2026, siendo las 2 : 20 pm

Yo, Dora Rincon identificada cc 23.415 783, con domicilio en Aceite Alto; propietario de Copito, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 18mes e historia clínica número 06.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Copito ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Karen Cisneros con matrícula profesional No 2280 la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Dora Yohana

Tipo y documento: 23415783

Firma: Dora Yohana

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

· CIRUGÍA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 11 Jul /26 No. 06

Propietario: ____ Responsable: X Nombre y apellido: Dora Rincón

Documento: 23.415.783 Dirección: Acate Alto Telefono: 3222318073

Correo electronico:

PACIENTE: Coqueto Nacimiento: 16/05/2024 Sexo: M

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 3.9 kg

Color: Dorado Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ____ No X No. Partos: NA Ultimo celo: NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:	X			

Vermifugaciones:

Ultima fecha: dos meses

Producto: NR

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO Vive con otros animales: Si ____ No X

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Regular	1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	38.7 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	100 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	28 ppm	4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
C.C.	4/5	5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosas:	Rosadas	6. S. Cardiovascular				13. Oídos			
TLLC:	2"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
11 y 1	CH	Aprobado

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 11/07/2026	**SID**: 1322	**Lugar**: Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario**: KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: COPITO	**Especie**: CANINO	**Raza**: MESTIZO
Dueño: DORA RINCON	**Edad**: 1 AÑO	**Sexo**: MACHO

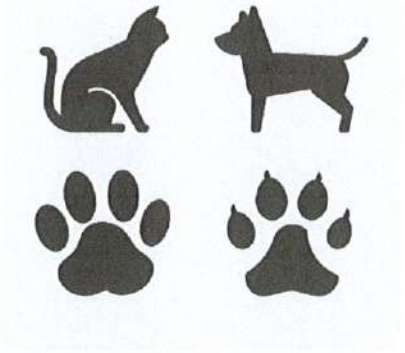
HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**18.69**	5.05 – 17.60 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	49.4*	60-77%
Neutrófilos en banda	1.0	0-3 %
Linfocitos	34.9*	12-30%
Eosinófilos	2.5*	13-30%
Monocitos	14.7*	2-10%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	9.42	3.0 – 11.5 x10^3 /uL
# Linfocitos	6.53*	1.0 – 4.8 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.46*	0.135 – 0.150 x10^3 /uL
# Monocitos	2.74*	0.100 – 0.125 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.90**	5.65 – 8.87 x 10^6 /uL
Hemoglobina	14.4	13.1 – 20.5 g/dL
Hematocrito	41.5	37.3 – 61.7 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	70.3	61.6 – 73.5 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	24.5	21.2 – 25.9 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	34.8	32.0 – 37.9 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	14.1	13.6 – 21.7 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**331**	148 -484 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.7	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	9.8	10–18 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.353	0.20–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 11 de 2026, siendo las 8 : 15 am

Yo, Armando Casilimas identificada CC 1106892982, con domicilio en Yaguaros; propietario de Yeico, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 2 años e historia clínica número 08.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Yeico ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: ARMANDO CASILIMAS DIAZ

Tipo y documento: 1106892982

Firma: Armando

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 11 de 2026, siendo las 10 : 20 am

Yo, Armando casilimas identificada C. 1106892982, con domicilio en Vda. Yoguans; propietario de Yeco, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 2años e historia clínica número 08.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varie la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Yeco ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Karen Cisneros con matrícula profesional No 2280, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: ARMANDO CASILIMAS

Tipo y documento: 1106892982

Firma: AC ARMANDO

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

· CIRUGIA · CONSULTA · GUARDERIA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERIA · JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 11 Jul 2026 No. 08

Propietario: X Responsable: _____ Nombre y apellido: Armando Cacilmos

Documento: 1106892982 Dirección: Vda. Yaguaros Telefono: 3223347741

Correo electronico: N/R.

PACIENTE: Yelco Nacimiento: Feb 2024 Sexo: M

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 17.6 Kg

Color: Café Señales particulares: —

Fin zootecnico: Compañia Origen/Procedencia: N/R.

Anamnesis: Animal Sano a

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: — Ultimo celo: —

Cirugias previas: N/R

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:		X		
Otras:		X		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: 2 meses
Producto: N/R.

Tratamientos recientes: NA

Viajes recientes: — Vive con otros animales: Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD: Activo

			N	A	NE
T° 38.2°C	°C	1. Estado general			
FC 102	rpm	2. Hidratación			
FR 30	ppm	3. Piel y pelaje			
C.C. 4/5		4. Musculo esquelético			
Mucosas: Rosadas		5. S. Respiratorio			
TLLC: 1"		6. S. Cardiovascular			
		7. S. Digestivo			
		8. S. Urinario			
		9. S. Reproductivo			
		10. Ganglios linfáticos			
		11. S. Nervioso			
		12. Ojos			
		13. Oidos			
		14. Nariz			

Hallazgos anormales: Ninguno

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
11 Jul	CH	Normal

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha:	11/07/2026	**SID**:	13225	**Lugar**:	Darilab S.A.S
Origen muestra:	Traída al laboratorio	**Médico veterinario:**	KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente:	YEICO	**Especie**:	CANINO	**Raza:**	MESTIZO
Dueño:	ARMANDO CACILIMAS	**Edad**:	1 AÑO	**Sexo:**	MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**9.66**	5.05 – 17.60 x10³/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	82.3*	60-77%
Neutrófilos en banda	2.0	0-3 %
Linfocitos	10.2*	12-30%
Eosinófilos	4.6*	13-30%
Monocitos	5.5	2-10%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	8.15	3.0 – 11.5 x10³ /uL
# Linfocitos	0.96*	1.0 – 4.8 x10³ /uL
# Eosinófilos	0.45*	0.135 – 0.150 x10³ /uL
# Monocitos	0.53	0.100 – 0.125 x10³ /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.06**	5.65 – 8.87 x 10⁶ /uL
Hemoglobina	14.4	13.1 – 20.5 g/dL
Hematocrito	43.8	37.3 – 61.7 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	72.0	61.6 – 73.5 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	23.7	21.2 – 25.9 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	32.9	32.0 – 37.9 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	14.0	13.6 – 21.7 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**141***	148 -484 x10³ /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.1	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	13.9	10–18 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.250	0.20–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGIA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 11 de 2026, siendo las 7:20 am

Yo, Thalia Arevalo identificada CC 33625487, con domicilio en Aguablanca; propietario de Maximiliano especie Canino, raza Pinscher, sexo M, edad 9 mes e historia clínica número 14.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Maximiliano ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Talha Arevalo

Tipo y documento: 33625487

Firma: Talha Arevalo

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGIA · CONSULTA · GUARDERIA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERIA · JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 14 de 2026, siendo las 7 : 05 am

Yo, Thalia Arévalo identificada CC 33 625487, con domicilio en Aguablanca; propietario de Maximiliano, especie Canino, raza Pinscher, sexo M., edad 9 mes e historia clínica número 14.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Maximiliano ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Cisneros con matrícula profesional No 22860 la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Talha Arevalo

Tipo y documento: 33625487

Firma: Talha Arevalo

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

· CIRUGIA · CONSULTA · GUARDERIA · VACUNACION · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERIA · JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 11 Jul /26 **No.** 14

Propietario: X **Responsable:** _____ **Nombre y apellido:** Thalia Arevalo

Documento: 33625487 **Dirección:** Aguablanca **Telefono:** 3142982739

Correo electronico: _____

PACIENTE: Maximiliano **Nacimiento:** 5/10/25 **Sexo:** M

Especie: canino **Raza:** Pinscher **Peso:** 5.2 Kg

Color: Blanco - Amarillo **Señales particulares:** —

Fin zootecnico: Compañia **Origen/Procedencia:** _____

Anamnesis: Animal Sano

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NO **Ultimo celo:** —

Cirugias previas:

VACUNAS: SI X NO NR **FECHA:**

Rabia: _____

Otras: _____

Al dia.

Vermifugaciones:

Ultima fecha: NR

Producto:

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO **Vive con otros animales:** Si ___ No X

Comportamiento del animal: Activo

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD

Temperamento: Activo

T° 38.3 °C

FC 120 rpm

FR 38 ppm

C.C. 4/5

Mucosas: Rosadas

TLLC: 1

	N	A	NE
1. Estado general	/		
2. Hidratación	/		
3. Piel y pelaje	/		
4. Musculo esquelético	/		
5. S. Respiratorio	/		
6. S. Cardiovascular	/		
7. S. Digestivo	/		
8. S. Urinario	/		
9. S. Reproductivo	/		
10. Ganglios linfáticos	/		
11. S. Nervioso	/		
12. Ojos	/		
13. Oídos	/		
14. Nariz	/		

Hallazgos anormales: Ninguno

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
11 Jul	CH	Apto para Cirugia.

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 11/07/2026	**SID:** 13236	**Lugar:** Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: MAXIMILIANO	**Especie:** CANINO	**Raza:** PINSCHER	
Dueño: THALIA AREVALO	**Edad:** 10 MESES	**Sexo:** MACHO	

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**10.50**	5.05 – 17.60 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	62.7	60-77%
Neutrófilos en banda	2.0	0-3 %
Linfocitos	25.4	12-30%
Eosinófilos	1.6*	13-30%
Monocitos	9.9	2-10%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	6.80	3.0 – 11.5 x10^3 /uL
# Linfocitos	2.67	1.0 – 4.8 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.17	0.135 – 0.150 x10^3 /uL
# Monocitos	1.03	0.100 – 0.125 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.48**	5.65 – 8.87 x 10^6 /uL
Hemoglobina	11.8*	13.1 – 20.5 g/dL
Hematocrito	36.2*	37.3 – 61.7 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	69.6	61.6 – 73.5 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	21.5	21.2 – 25.9 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	30.9*	32.0 – 37.9 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	15.3	13.6 – 21.7 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**137***	148 -484 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	15.3*	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	14.1	10–18 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.157	0.20–0.50%.

1

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGIA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACION · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 11 de 2026, siendo las 8 : 48AM

Yo, Amilcar ochoa identificada CC 4.939.418, con domicilio en 20 enero; propietario de Pilin, especie canino, raza Mestizo, sexo M, edad 1 año e historia clínica número 15.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Pilin ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: AMILCAR OCHOA

Tipo y documento: 4139418

Firma:

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 12 de 2026, siendo las 7 : 10

Yo, Amilcar Ochoa identificada CC 4.139.418, con domicilio en Barrio 20 Enero; propietario de Pilin, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 1año e historia clínica número 15.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Pilin ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario

Kaver Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

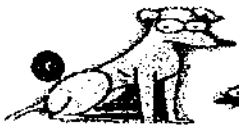
He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Amilcar Ochoa

Tipo y documento: 4139418

Firma:

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

· CIRUGIA · CONSULTA · ECOGRAFIA · VACUNACION · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BANO Y PELUQUERIA · JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 11 JUL 26 **No.** 15

Propietario: ___ **Responsable:** X **Nombre y apellido:** Anilcar ochoa

Documento: 4.139.418 **Dirección:** Barrio ZOEMA **Telefono:** 3212513713

Correo electronico:

PACIENTE: Pilin **Nacimiento:** 29 jun 25 **Sexo:** M

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 7.5kg

Color: Amarillo **Señales particulares:**

Fin zootecnico: Compañia **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NA **Ultimo celo:** NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:	X			

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO **Vive con otros animales:** Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD: Temperamento: Activo

T°	38.6	°C	1. Estado general		N	A	NE	8. S. Urinario	
FC	75	rpm	2. Hidratación					9. S. Reproductivo	
FR	18	ppm	3. Piel y pelaje					10. Ganglios linfáticos	
C.C.	3/5		4. Musculo esquelético					11. S. Nervioso	
Mucosas:	Pl		5. S. Respiratorio					12. Ojos	
TLLC:			6. S. Cardiovascular					13. Oidos	
			7. S. Digestivo					14. Nariz	

Hallazgos anormales:

NR

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
11 JUL	CH	Apto para cirugia

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 11/07/2026	**SID:**	**Lugar:**	Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:**	KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: PILIN	**Especie:** CANINO	**Raza:**	MESTIZO
Dueño: AMILCAR OCHOA	**Edad:** 1 AÑO	**Sexo:**	MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**11.12**	5.05 – 17.60 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	65.5	60-77%
Neutrófilos en banda	2.0	0-3 %
Linfocitos	24.2	12-30%
Eosinófilos	5.3*	13-30%
Monocitos	8.3	2-10%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	7.51	3.0 – 11.5 x10^3 /uL
# Linfocitos	2.69	1.0 – 4.8 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.59*	0.135 – 0.150 x10^3 /uL
# Monocitos	0.92*	0.100 – 0.125 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**7.33**	5.65 – 8.87 x 10^6 /uL
Hemoglobina	16.6	13.1 – 20.5 g/dL
Hematocrito	49.3	37.3 – 61.7 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	67.2	61.6 – 73.5 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.9	21.2 – 25.9 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	34.1	32.0 – 37.9 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	15.5	13.6 – 21.7 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**124***	148 -484 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.8	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	16.0	10–18 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.122	0.20–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGÍA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 15 de 2026, siendo las 10 : 07

Yo, Francy Herrera identificada CC. 1121. 931.653, con domicilio en Paso Cusiona; propietario de Roky, especie Can, raza Mestizo, sexo M, edad 12 meses e historia clínica número 40.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Roky ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Francy Herrera

Tipo y documento: CC. 1.121.931.653

Firma: Francy Herrera

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGÍA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 19 de 2026, siendo las 9 : 45AM

Yo, Francy Herrera identificada Cc. 1.121.931.653, con domicilio en Paso Cusiana; propietario de Rocky, especie Can, raza Mestizo, sexo M, edad 12 meses e historia clínica número 40.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varie la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Roky ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario

Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Francy Herrera

Tipo y documento: 1121 931 653

Firma: Francy Herrera

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

- CIRUGIA
- CONSULTA
- GUARDERIA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DONTAL
- BAÑO Y PELUQUERIA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 15 Jul 26 No. 40

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Francy Herrera

Documento: 1121931653 Dirección: Paso ancho Telefono: 3145776051

Correo electronico: ____

PACIENTE: Roky Nacimiento: 7 Jul 25 Sexo: M

Especie: canino Raza: Mestizo Peso: 5 kg

Color: Negro Señales particulares: ____

Fin zootecnico: ____ Origen/Procedencia: ____

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: NA Ultimo celo: NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:	X			

Vermifugaciones:

Ultima fecha: NR

Producto: NR

Tratamientos recientes: No

Viajes recientes: NO Vive con otros animales: Si X No ___

Comportamiento del animal: ____

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Activo	1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	38.4 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	110 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	25 ppm	4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
C.C.	3/5	5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosas:	rosadas	6. S. Cardiovascular				13. Oídos			
TLLC:	2"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

Apto

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
15 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cel:3133092886

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 15/07/2026	**SID**:	**Lugar**:	Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:**	KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: ROKY	**Especie**: CANINO	**Raza:**	MESTIZO
Dueño: FRANCY HERRERA.	**Edad**: 12 MESES	**Sexo:**	MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**13.14**	5.05 – 17.60 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	65.0	60-77%
Neutrófilos en banda	2.0	0-3 %
Linfocitos	25.7	12-30%
Eosinófilos	5.2	2-10%
Monocitos	7.3	3-10%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	8.81	3.0 – 11.5 x10^3/uL
# Linfocitos	3.36	1.0 – 4.8 x10^3/uL
# Eosinófilos	0.68	0.135 – 0.150 x10^3/uL
# Monocitos	0.95	0.100 – 0.125 x10^3/uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.81**	5.65 – 8.87 x 10^6 /uL
Hemoglobina	17.3	13.1 – 20.5 g/dL
Hematocrito	51.6	37.3 – 61.7 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	75.6*	61.6 – 73.5 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	25.5	21.2 – 25.9 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	33.6	32.0 – 37.9 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	13.9	13.6 – 21.7 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**191**	148 -484 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.7	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	14.3	10–18 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.224	0.20–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO [redacted]

APELLIDOS

[redacted]

NOMBRES

[redacted]

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

19-FEB-2014 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

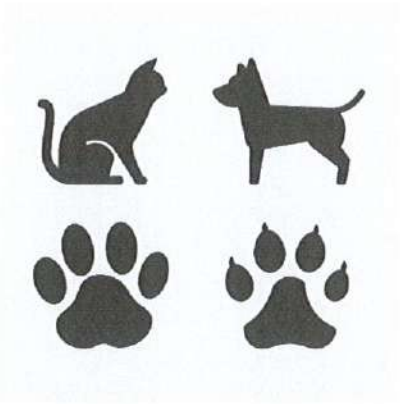


P-5200100-00554535-F-1121931053-20140318 0037644445A 1 42316595

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGÍA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 15 de 2026, siendo las 10 : 55

Yo, Pedro Mora identificada CC. 4088257, con domicilio en Paso Cusiana; propietario de Jumbo, especie Can, raza Mestizo, sexo M, edad 19 mes e historia clínica número 44.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Jumbo ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Pedro Mora

Tipo y documento: CC. 4088257

Firma: pedro Mora

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGÍA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL
DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 17 de 2026, siendo las 11 : 00

Yo, Pedro Mora identificada CC. 4088257, con domicilio en Paso Cusiana; propietario de Jumbo, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 19 mes e historia clínica número 44.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varie la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Jumbo ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario

Karen Cisneros con matrícula profesional No 27860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Pedro Mora

Tipo y documento: 4088257

Firma: Pedro Mora

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

- CIRUGIA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACION
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 15 JUL/26 **No.** 44

Propietario: X **Responsable:** _____ **Nombre y apellido:** Pedro Mora

Documento: 4088257 **Dirección:** Paso Cabana **Telefono:** 3208296738

Correo electronico: _____

PACIENTE: Jumbo **Nacimiento:** Ene/25 **Sexo:** M

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 7.4 Kg

Color: Cafe **Señales particulares:** _____

Fin zootecnico: _____ **Origen/Procedencia:** _____

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NO **Ultimo celo:** NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:		X		
Otras:		X		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO **Vive con otros animales:** Si X No ___

Comportamiento del animal: _____

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE
Temperamento:	Apeno	1. Estado general			
T°	38.4 °C	2. Hidratación			
FC	85 rpm	3. Piel y pelaje			
FR	17 ppm	4. Musculo esquelético			
C.C.	3/5	5. S. Respiratorio			
Mucosas:	Rosadas	6. S. Cardiovascular			
TLLC:	2"	7. S. Digestivo			

	N	A	NE
8. S. Urinario			
9. S. Reproductivo			
10. Ganglios linfáticos			
11. S. Nervioso			
12. Ojos			
13. Oídos			
14. Nariz			

Hallazgos anormales: _____

Apto

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
15 jul	CH	Aprobado

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:3133902863

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha:	15/07/2026	**SID:**	13292	**Lugar:**	Darilab S.A.S
Origen muestra:	Traída al laboratorio	**Médico veterinario:**	KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente:	JUMBO	**Especie:**	CANINO	**Raza:**	MESTIZO
Dueño:	PEDRO MORA	**Edad:**	19 MESES	**Sexo:**	MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**6.39**	5.05 – 17.60 x10³/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	52.8*	60-77%
Neutrófilos en banda	1.0	0-3 %
Linfocitos	38.5*	12-30%
Eosinófilos	3.5	2-10%
Monocitos	7.7	3-10%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	3.44	3.0 – 11.5 x10³ /uL
# Linfocitos	2.46	1.0 – 4.8 x10³ /uL
# Eosinófilos	0.22	0.135 – 0.150 x10³ /uL
# Monocitos	0.49*	0.100 – 0.125 x10³ /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.34**	5.65 – 8.87 x 10⁶ /uL
Hemoglobina	14.6	13.1 – 20.5 g/dL
Hematocrito	46.2	37.3 – 61.7 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	72.9	61.6 – 73.5 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	23.1	21.2 – 25.9 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	31.7	32.0 – 37.9 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	14.8	13.6 – 21.7 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**100***	148 -484 x10³ /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.8*	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	13.3	10–18 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.18*	0.20–0.50%.

1

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGÍA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 15 de 2026, siendo las 11 : 35

Yo, Eliana Macias identificada cc. 1115.911.432, con domicilio en Paso Cusiana; propietario de Milo, especie Canino, raza Meshzo, sexo M, edad 48 meses e historia clínica número 46.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Milo ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Eliana Macias

Tipo y documento: cc. 1.115.911.432

Firma: _____

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGÍA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 17 de 2026, siendo las 11 : 45

Yo, Eliana Macias identificada CC. 1115911432, con domicilio en Paso Casiana; propietario de Milo, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 48 mes e historia clínica número 46.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varie la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Milo ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario

Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Eliana Macias

Tipo y documento: CC. 1115911432

Firma: _____

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

- CIRUGIA
- CONSULTA
- GUARDERIA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 15 JUL 26 **No.** 46

Propietario: X **Responsable:** _____ **Nombre y apellido:** Eliana Macias

Documento: 1.115911432 **Dirección:** Paso Cusiana **Telefono:** 312 434 6627

Correo electronico: _____

PACIENTE: M°10 **Nacimiento:** Ene 2023 **Sexo:** M

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 12 kg

Color: Blanco - Negro **Señales particulares:** _____

Fin zootecnico: _____ **Origen/Procedencia:** _____

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NA **Ultimo celo:** NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:		X		
Otras:		X		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO **Vive con otros animales:** Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Activo	1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	38.6 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	115 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	20 ppm	4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
C.C.	3/5	5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosas:	Rosas	6. S. Cardiovascular				13. Oidos			
TLLC:	2"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
15 JUL	CH	Aprobado

e-mail: consusebuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.115.911.432
MACIAS PEREZ
APELLIDOS
LUZ ELIANA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 24-JUL-1988
SANTA ROSALIA
(VICHADA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
01-SEP-2006 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-4685000-43156100-F-1115911432-20070117
0397607017A 02 216806936

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

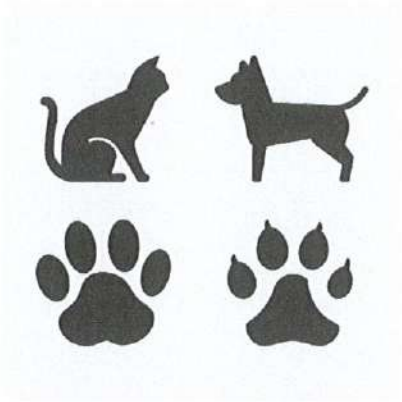
REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 15/07/2026	**SID:**	**Lugar:**	Darilab S.A.S
Origen muestra:	Traída al laboratorio	**Médico veterinario:**	KAREN CISNEROS
Nombre Paciente:	MILO	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño:	ELIANA MACIAS	**Edad:** 48 MESES	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**7.52**	5.32 – 16.50 x10³/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	74.8	60-83%
Neutrófilos en banda	0.0	0-3 %
Linfocitos	16.9	12-30%
Eosinófilos	7.8	0.5-10%
Monocitos	8.3	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	5.63	2.0 – 12.0 x10³ /uL
# Linfocitos	1.27	0.80 – 5.1 x10³ /uL
# Eosinófilos	0.58	0.04– 1.62 x10³ /uL
# Monocitos	0.62	0.10 – 1.83 x10³ /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.39**	5.0 – 6.7x 10⁶ /uL
Hemoglobina	11.9	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	37.7	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	69.9	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.1	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	31.6	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	15.2	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	150	100 -500 x10³ /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.9	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	10.9	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.021	0.02–0.50%.

1

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
- CIRUGÍA - CONSULTA - GUARDERÍA - VACUNACIÓN - LABORATORIO - PROFILAXIS DENTAL - BAÑO Y PELUQUERÍA - JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 15 de 2026, siendo las 11 : 40

Yo, Carmen Rosa Torres identificada CC. 23466 800, con domicilio en Paso Cusiana; propietario de Kaiser, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 2 años e historia clínica número 47.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Kaiser ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Carmen Rosa Torres

Tipo y documento: CC. 23 466 800

Firma: Carmen Rosa Torres

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGÍA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 18 de 2026, siendo las 9 : 00AM

Yo, Carmen Rosa Torres identificada cc. 23 466 800, con domicilio en Paso Costana; propietario de Kaiser, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 2 años e historia clínica número 47.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varie la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Kaiser ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario

Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860 la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Carmen Rosa Torres

Tipo y documento: cc. 23 466 800

Firma: Carmen Rosa Torres

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

· CIRUGIA · CONSULTA · QUARDERIA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERIA · JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 15 JUL 26 **No.** 47

Propietario: X **Responsable:** _____ **Nombre y apellido:** Carmen Rosa Torres

Documento: 23466800 **Dirección:** Paso Cusiana **Telefono:** 3212027528

Correo electronico: _____

PACIENTE: Kaiser **Nacimiento:** Feb 2024 **Sexo:** M

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 11 Kg

Color: Colorado **Señales particulares:** _____

Fin zootecnico: _____ **Origen/Procedencia:** _____

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NA **Ultimo celo:** NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:		X		
Otras:		X		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR
Producto: NR

Tratamientos recientes: No

Viajes recientes: No **Vive con otros animales:** Si X No ___

Comportamiento del animal: _____

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Activo	1. Estado general	✓			8. S. Urinario			
T°	38.3 °C	2. Hidratación	✓			9. S. Reproductivo			
FC	90 rpm	3. Piel y pelaje	✓			10. Ganglios linfáticos			
FR	23 ppm	4. Musculo esquelético	✓			11. S. Nervioso	✓		
C.C.	3/5	5. S. Respiratorio	✓			12. Ojos			
Mucosas:	Rosadas	6. S. Cardiovascular	✓			13. Oídos			
TLLC:	2"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales: _____

N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
15 JUL	CH	Aprobado

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339926863

LABORATORIO VETERINARIO DARILAB IPS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 15/07/2026	**SID:** 13295	**Lugar:** Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: KAISER	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO	
Dueño: CARMEN ROSA TORRES	**Edad:** 24 MESES	**Sexo:** MACHO	

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**15.30**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	72.8	60-83%
Neutrófilos en banda	2.0	0-3 %
Linfocitos	17.8	12-30%
Eosinófilos	5.1	0.5-10%
Monocitos	7.4	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	11.45	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	2.72	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.78	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.13	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.30**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	14.5	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	44.1	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	69.9	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	23.0	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	32.9	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	16.1	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**218**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	13.2*	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	14.4	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.29	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.466.800**

TORRES

APELLIDOS

CARMEN ROSA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-JUN-1961**

TAURAMENA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

26-NOV-1979 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

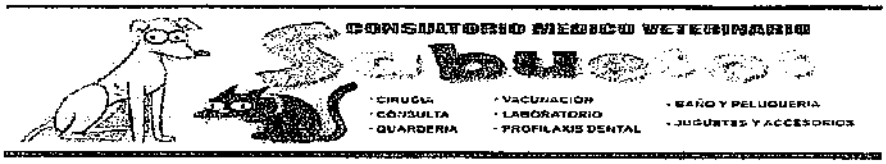
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4665000-00616144-F-0023466800-20140830 00397965 1 42705322



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 17 de 2026, siendo las 8 : 40 a m

Yo, oscar Baron calderon identificada cc 1010592337, con domicilio en Aguablanca; propietario de Manchas, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 1 año e historia clínica número 54.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Manchas ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Oscar Barón

Tipo y documento: 1070592337

Firma:

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 17 de 2026, siendo las 2:30

Yo, Oscar Baron C. identificada CC 1070592337, con domicilio en Agoablanca; propietario de Manchas, especie canino, raza Mestizo, sexo M, edad 1año e historia clínica número 54.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Manchas ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Karen Cisneros con matrícula profesional No 2280, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto Y o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Oscar Barón

Tipo y documento: 1070592337

Firma: Oscar B.

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 12 Jul 26 No. 54

Propietario: ___ Responsable: X Nombre y apellido: Oscar Baron Calderon

Documento: 1070592337 Dirección: Aguablanca Telefono: 3142157284

Correo electronico:

PACIENTE: Manchas Nacimiento: Jul 25 Sexo: M

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 12 kg

Color: Blanco - Negro Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: NA Ultimo celo: NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:		X		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: 6 meses
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO Vive con otros animales: Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Activo	1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	38.5 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	95 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	78 ppm	4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
C.C.	3/5	5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosas:	Rosadas	6. S. Cardiovascular				13. Oídos			
TLLC:	2"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

NR

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
12 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consultabuoses@gmail.com

LABORATORIO VETERINARIO DARILAB IPS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 17/07/2026	**SID:** 13331	**Lugar:** Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: MANCHAS	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO	
Dueño: OSCAR BARON C.	**Edad:** 7 MESES	**Sexo:** MACHO	

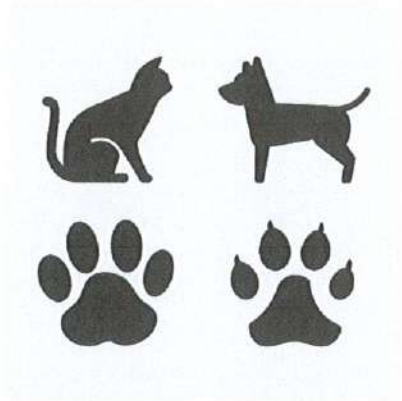
HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**9.68**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	47.4*	60-83%
Linfocitos	44.7*	12-30%
Eosinófilos	1.1	0.5-10%
Monocitos	7.9	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	4.59	2.0 – 12.0 x10^3/uL
# Linfocitos	4.33	0.80 – 5.1 x10^3/uL
# Eosinófilos	0.11	0.04– 1.62 x10^3/uL
# Monocitos	7.9**	0.10 – 1.83 x10^3/uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.83**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	15.1	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	47.3	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	69.2	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.1	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	32.0	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	16.3	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**159**	100 -500 x10^3/uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	13.0	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	18.6	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.207	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
- CIRUGIA - VACUNACION - BAÑO Y PELUQUERIA
- CONSULTA - LABORATORIO - JUGUETES Y ACCESORIOS
- GUARDERIA - PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 21 de 2026, siendo las 7:30

Yo, Maria Edilma Torres identificada CC 23467452, con domicilio en Libertadores; propietario de Manchas, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 1 año e historia clínica número 67.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Manchas ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ____ su proceso.

Nombre del propietario: Maria Edilma Torres

Tipo y documento: 23467452

Firma: Maria Edilma T

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
• CIRUGIA • VACUNACION • BAÑO Y PELUQUERIA
• CONSULTA • LABORATORIO • JUGUETES Y ACCESORIOS
• GUARDERIA • PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 21 de 2026, siendo las 10 : 10

Yo, Maria Edilma Torres identificada CC 23467452, con domicilio en Libertadores; propietario de Manchas, especie Canino raza Mestizo, sexo M, edad 1 año e historia clínica número 67.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Manchas ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento: en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Tovar con matrícula profesional No 2164, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Maria Edilma Torres

Tipo y documento: CC 23467452

Firma: MariaEdilmaT

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 21 JUL 26 **No.** 67

Propietario: X **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Maria Edilma Torres

Documento: 23467452 **Dirección:** Libertadores **Telefono:** 3204612 14

Correo electronico:

PACIENTE: Manchas **Nacimiento:** Jun 2025 **Sexo:** M

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 9.7 Kg

Color: Negro - Blanco **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NA **Ultima celo:** NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:	X			

Vermifugaciones:
Ultima fecha: 13 Julio 26
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO **Vive con otros animales:** Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Activo	1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	38.2 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	95 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	17 ppm	4. Musculo esquetético				11. S. Nervioso			
C.C.	3/5	5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosos:	Rosados	6. S. Cardiovascular				13. Oidos			
TLLC:	2"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

APTO

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
21 jul	CH	Aprobado

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 21/07/2026	**SID:** 13373	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: MANCHAS	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: MARIA EDILMA TORRES	**Edad:** 1 AÑO	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**19.9***	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	67.0	60-83%
Linfocitos	22.8	12-30%
Eosinófilos	3.4	0.5-10%
Monocitos	10.2*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	13.34	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	4.54	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.67	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	2.02	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**604**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	13.8	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	42.2	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	69.8	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.8	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	32.7	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	15.4	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**292**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.9	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	12.6	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.35	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Los Abuesos
• CIRUGIA • VACUNACION • BAÑO Y PELUQUERIA
• CONSULTA • LABORATORIO • JUGUETES Y ACCESORIOS
• GUARDERIA • PROFILAXIS DENTAL

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 18 de 2026, siendo las 9 : 15 a m

Yo, Deysi Vargas identificada CC 1.115.916161, con domicilio en Delicias; propietario de Rocky, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 3años e historia clínica número 75.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Rocky ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Deysi Vargas

Tipo y documento: CC. 1115 916 161

Firma:

Yo KAREN CISNEROS matrícula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
abuesos
· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERÍA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERÍA · PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 20 de 2026, siendo las 11 : 45 am

Yo, Deysi Vargas identificada CC 1.115.916.161, con domicilio en Delicias; propietario de ROCKY, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 3 años e historia clínica número 75.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota ROCKY ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Torres con matrícula profesional No 2164, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto Y o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Deysi Vargas

Tipo y documento CC 1115916161

Firma: [signature]

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 18 Jul 26 **No.** 75

Propietario: X **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Deysi Vargas

Documento: 1115916161 **Dirección:** Vda. Delmas **Telefono:** 3133564595

Correo electronico:

PACIENTE: Rocky **Nacimiento:** 17-May-2023 **Sexo:** M

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 2.2 kg

Color: Amarillo **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NA **Ultimo celo:** NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:	X			

Vermifugaciones:
Ultima fecha: 17 julio 26
Producto: NR

Tratamientos recientes: No
Viajes recientes: No **Vive con otros animales:** Si X No ___
Comportamiento del animal:
MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD
Temperamento: Bueno
T° 38.6 °C
FC 90 rpm
FR 78 ppm
C.C. 3/5
Mucosas: Rosadas
TLLC: 2"

	N	A	NE
1. Estado general			
2. Hidratación			
3. Piel y pelaje			
4. Musculo esquelético			
5. S. Respiratorio			
6. S. Cardiovascular			
7. S. Digestivo			
8. S. Urinario			
9. S. Reproductivo			
10. Ganglios linfáticos			
11. S. Nervioso			
12. Ojos			
13. Oidos			
14. Nariz			

Hallazgos anormales:
N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
18 Jul	CH	

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 18/07/2026	**SID:** 13354	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: ROCKY	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: DEISY VARGAS	**Edad:** 3 AÑOS	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**6.79**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	56.7	60-83%
Linfocitos	30.7	12-30%
Eosinófilos	1.2	0.5-10%
Monocitos	12.6	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	3.85	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	2.09	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.08	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	0.85	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.55**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	13.6	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	42.5	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	64.8	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	20.7	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	32.0	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	16.1	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**336**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	13.4	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	18.8	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.45	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.115.916.161
VARGAS MORALES
APELLIDOS
DEYSI
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-ABR-1995
MONTERREY
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

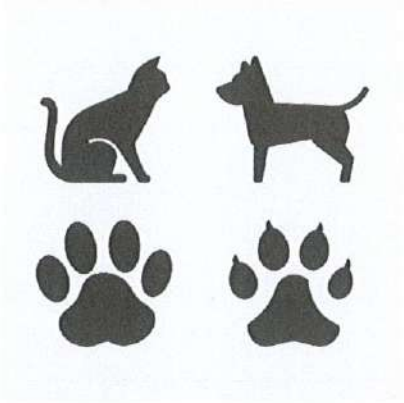
1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

16-JUL-2013 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

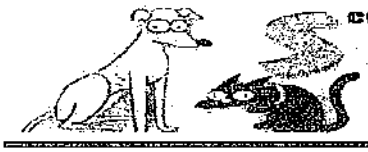
P-4685000-00469016-F-1115916161-20130913 0034875151A 2 39456463

Powered by CamScanner



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

SUSABUESOS

- CIRUGIA
- CONSULTA
- GUARDERIA
- VACUNACION
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERIA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 21 de 2026, siendo las 8 : 45 am

Yo, Maria Arevalo identificada cc 1006534335, con domicilio en Primavera; propietario de Zeus, especie canino, raza Mestizo, sexo M, edad 9 meses e historia clínica número 79.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Zeus ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: MARIA JULITZA AREVALO GONZALEZ

Tipo y documento: CC 1006534335

Firma: MARIA AREVALO

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
abuesos
· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 21 de 2026, siendo las 10 : 35 a'm

Yo, Maria Arevalo identificada CC 1006534335, con domicilio en Primavera; propietario de Zeus, especie Canno, raza Mestizo, sexo M, edad 9 meses e historia clínica número 39.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Zeus ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Tovar con matrícula profesional No 2164, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: MARIA JULITZA AREVALO GONZALEZ

Tipo y documento: CC 1006534335

Firma: MARIA AREVALO

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

CIRUGIA CONSULTA HOSPITALIZACION

VACUNACION EXAMENES DE LABORATORIO PRUEBAS RAPIDAS

RAYOS Y ECOGRAFIA JUEGOS DE PESAS Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 21 jul / 26 **No.** 79

Propietario: X **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Maria Arevalo

Documento: 1006524335 **Dirección:** Primavera **Telefono:** 3124375776

Correo electronico: ____

PACIENTE: Zeus **Nacimiento:** 20 oct / 25 **Sexo:** M

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 13 Kg

Color: Blanco-Negro **Señales particulares:** ____

Fin zootecnico: ____ **Origen/Procedencia:** ____

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NA **Ultimo celo:** NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:	Vermifugaciones:
Rabia:		X			Ultima fecha: Mayo 26
Otras:		X			Producto:

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO **Vive con otros animales:** Si X No ___

Comportamiento del animal: ____

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Activo	1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	38.5 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	100 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	25 ppm	4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
C.C.	4/5	5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosas:	Rosadas	6. S. Cardiovascular				13. Oidos			
TLLC:	2"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

APTO

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
21 jul	CH	Aprobado

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 21/07/2026	**SID:** 13381	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: ZEUS	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: MARIA AREVALO	**Edad:** 9 MESES	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**14.57**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	46.3*	60-83%
Linfocitos	42.5	12-30%
Eosinófilos	0.14	0.5-10%
Monocitos	11.2*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	6.89	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	6.32	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.14	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.66	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.01**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	13.5	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	41.7	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	69.4	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.4	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	32.3	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	15.4	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**342**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.4	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	11.5	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.36	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

474

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.006.534.335



AREVALO GONZALEZ

MARIA JULITZA

COL | 1.58 | F

28 FEB 2003 | O+

VILLANUEVA (CASANARE)

09 ABR 2021 AGUAZUL

MARIA AREVALO

15 NOV 2035



08547974B

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0854797486460 40<<<<<<<<<<<
0302287F3511152COL1006534335<4
AREVALO<GONZALEZ<<MARIA<JULITZ

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO 475

Sabuesos

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 22 de 2026, siendo las 9 : 35 am

Yo, Elizabeth Sepulveda identificada CC 52 381 661, con domicilio en Vda. Cabecera; propietario de Pitador, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 3 años e historia clínica número 82.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Pitador ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Elizabeth Sepulveda

Tipo y documento: CC 52.381.661

Firma:

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGIA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACION · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 22 de 2026, siendo las 11:40 am

Yo, Elizabeth Sepulveda identificada CC 52 381 661, con domicilio en Vda. Cabañas; propietario de Ptador, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 3 años e historia clínica número 82.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Ptador ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Tovar con matrícula profesional No 2147, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto Y o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Elizabeth Sepulveda

Tipo y documento: CC. 52 381 661

Firma:

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 22 Jul / 26 **No.** 82

Propietario: ___ **Responsable:** X **Nombre y apellido:** Elizabeth Septveda

Documento: 52 381661 **Dirección:** Vrda Cabañas **Telefono:** 311 515 0592

Correo electronico:

PACIENTE: Pitador **Nacimiento:** 2023 **Sexo:** M

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 13.1 kg

Color: Blanco / negro **Señales particulares:**

Fin zootecnico: Compañia **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** — **Ultimo celo:** —

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:			X	
Otras:				

Vermifugaciones:
Ultima fecha: —
Producto: —

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO **Vive con otros animales:** Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD: Temperamento: Bueno

			N	A	NE
T° 38.6 °C		1. Estado general			
FC 98 rpm		2. Hidratación			
FR 25 ppm		3. Piel y pelaje			
C.C. 3/5		4. Musculo esquelético			
Mucosas: Rosadas		5. S. Respiratorio			
TLLC: 2"		6. S. Cardiovascular			
		7. S. Digestivo			
		8. S. Urinario			
		9. S. Reproductivo			
		10. Ganglios linfáticos			
		11. S. Nervioso			
		12. Ojos			
		13. Oidos			
		14. Nariz			

Hallazgos anormales:

N / R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
22 Jul	CH	Aprobado

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 22/07/2026	**SID:** 13398	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: PITADOR	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: ELIZABETH GOMEZ	**Edad:** 3 AÑOS	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**12.37**	5.32 – 16.50 x10³/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	46.4*	60-83%
Linfocitos	42.2*	12-30%
Eosinófilos	3.4	0.5-10%
Monocitos	11.4*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	5.74	2.0 – 12.0 x10³ /uL
# Linfocitos	5.22*	0.80 – 5.1 x10³ /uL
# Eosinófilos	0.42	0.04– 1.62 x10³ /uL
# Monocitos	1.41	0.10 – 1.83 x10³ /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.60**	5.0 – 6.7x 10⁶ /uL
Hemoglobina	13.6	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	42.5	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	64.9	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	21.0	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	32.3	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	16.4	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**150**	100 -500 x10³ /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.3	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	13.0	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.17	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 52.381.661
SEPULVEDA PEREZ
APELLIDOS
DIOSA ELIZABETH
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1977
EL TARRA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
26-JUL-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
R-4685000-01329514-F-0052381661-20221118
00905389901H 1
54981632



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

- CIRUGIA - VACUNACION + BAÑO Y PELUQUERIA
- CONSULTA - LABORATORIO + JUGUETES Y ACCESORIOS
- GUARDERIA - PROFILAXIS DENTAL

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 22 de 2026, siendo las 7 : 35 am

Yo, Sandra Aguirre identificada CC 1.007479171, con domicilio en Aguablanca; propietario de Scooby, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 3AÑOS e historia clínica número 89.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Scooby ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Sandra Yuliana Aguirre

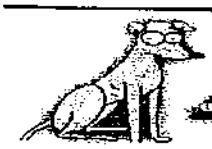
Tipo y documento: CC 1007479171

Firma:

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

abuesos

· CIRUGIA · CONSULTA · GUARDERIA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERIA · JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 25 de 2026, siendo las 10 : 45 a m

Yo, Sandra Aguirre identificada cc 1007479171, con domicilio en Aguablanca; propietario de Scooby, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 3 Mes e historia clínica número 891.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Scooby ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibida la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendida la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Tovar con matrícula profesional No 21647, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Sandra Yuliana Aguirre

Tipo y documento: CC 1007479174

Firma: _____



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 22 Jul /26 No. 89

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Sandra Aguirre

Documento: 1007479171 Dirección: Vda. Aguablanca Telefono: 3118499459

Correo electronico: ____

PACIENTE: Scooby Nacimiento: Mayo 2023 Sexo: M

Especie: Canino Raza: Pinscher Peso: 2.5kg

Color: cafe Señales particulares: ____

Fin zootecnico: ____ Origen/Procedencia: ____

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X Nº. Partos: NA Ultima celo: NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:	X			

Vermifugaciones:
Ultima fecha: Enero 26
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO Vive con otros animales: Si X No ___

Comportamiento del animal: ____

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Activo	1. Estado general	X			8. S. Urinario			
T°	38.8 °C	2. Hidratación	X			9. S. Reproductivo			
FC	95 rpm	3. Piel y pelaje		X		10. Ganglios linfáticos			
FR	18 ppm	4. Musculo esquelético		X		11. S. Nervioso			
C.C.	3/5	5. S. Respiratorio	X			12. Ojos			
Mucosas:	Rosas	6. S. Cardiovascular	X			13. Oidos			
TLLC:	2"	7. S. Digestivo	X			14. Nariz			

Hallazgos anormales: Alto numero de ectoparasitos - Pulgas

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
22 Jul	CH	Aprobado

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 22/07/2026	**SID:** 13404	**Lugar:** Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: SCOOBY	**Especie:** CANINO	**Raza:** PINSCHER	
Dueño: SANDRA AGUIRRE	**Edad:** 3 AÑOS	**Sexo:** MACHO	

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**11.18**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	51.1*	60-83%
Linfocitos	37.2*	12-30%
Eosinófilos	1.8	0.5-10%
Monocitos	11.7*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	5.72	2.0 – 12.0 x10^3/uL
# Linfocitos	4.16	0.80 – 5.1 x10^3/uL
# Eosinófilos	0.20	0.04– 1.62 x10^3/uL
# Monocitos	1.30	0.10 – 1.83 x10^3/uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**7.72**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	17.3	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	50.2	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	65.0	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.4	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	34.4	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	15.0	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**352**	100 -500 x10^3/uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.3	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	11.7	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.36	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

Sabuesos

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

- CIRUGIA
- CONSULTA
- GUARDERIA
- VACUNACION
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERIA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 22 de 2026, siendo las 9:05 am

Yo, Claudia Zapata identificada CC 23467887, con domicilio en Buenos Aires; propietario de Rocky, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 11 meses e historia clínica número 94.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Rocky ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Claudia Zapata

Tipo y documento: 23467887

Firma:

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
·CIRUGÍA ·VACUNACION ·BAÑO Y PELUQUERIA
·CONSULTA ·LABORATORIO ·JUGUETES Y ACCESORIOS
·GUARDERÍA ·PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 22 de 2026, siendo las 11 : 48 am

Yo, Claudia Zapata identificada CC 23467882, con domicilio en Buenos Aires; propietario de Rocky, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 11 meses e historia clínica número 94.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Rocky ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Tovar con matrícula profesional No 2164, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: claudia zapata

Tipo y documento: 23467882

Firma:

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 22 Jul 26 No. 94

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Claudia Zapata

Documento: 23467882 Dirección: Buenos Aires Telefono: 3222769926

Correo electronico:

PACIENTE: Rocky Nacimiento: 18/Agos/25 Sexo: M

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 6kg

Color: Amarillo Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: NA Ultimo celo: NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:		X		
Otras:		X		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: Feb 26
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO
Viajes recientes: NO Vive con otros animales: Si X No ___
Comportamiento del animal:
MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Activo	1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	38.6 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	98 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	20 ppm	4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
C.C.	3/5	5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosas:	Rosadas	6. S. Cardiovascular				13. Oidos			
TLLC:	2"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
22 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consusabuesos@gmail.com

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 22/07/2026	**SID**: 13409	**Lugar**: Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario**: KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: ROCKY	**Especie**: CANINO	**Raza**: MESTIZO
Dueño: CLAUDIA ZAPATA	**Edad**: 11 MESES	**Sexo**: MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**18.32***	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	60.6	60-83%
Linfocitos	30.1	12-30%
Eosinófilos	3.6	0.5-10%
Monocitos	9.3*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	11.11	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	5.51*	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.65	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.70	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**7.99**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	18.7	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	53.1	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	66.4	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	23.1	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	34.7	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	15.1	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**263**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.1	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	14.5	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.32	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.467.882**

ZAPATA

APELLIDOS

ANGELA CLAUDIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

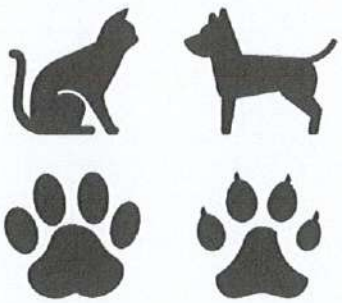
FECHA DE NACIMIENTO **02-DIC-1975**
TAURAMENA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 **B+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

25-MAR-1998 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-4665000-00415852 F-002348788 2-20121208 0031865283A 1 39005878



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Cubuesos

· CIRUGIA · CONSULTA · GUARDERIA · VACUNACION · LABORATORIO · PROPILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERIA · JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 22 de 2026, siendo las 11 : 05 am

Yo, Elizabeth Sepulveda identificada CC 52381661, con domicilio en Vda. Cabañas, propietario de Monto, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 1 año e historia clínica número 95.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Monto ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Elizabeth Sepulveda

Tipo y documento: CC 52.381.661

Firma: [signature]

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: [signature] TP. 22860



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
susabuesos
· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 22 de 2026, siendo las 1:08 pm

Yo, Elizabeth Sepulveda identificada CC 52381661, con domicilio en Vda. Cabañas; propietario de Monito, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 1 año e historia clínica número 95.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Monito ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Tovar con matrícula profesional No 2167, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Elizabeth Sepulveda

Tipo y documento: CC. 52.381.661

Firma:

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

CIRUGIA · CLINICA EX. · CITOLOGIA · VACUNACION · LABORATORIO · PEQUEÑOS ANIMALES · BANO Y PELUQUERIA · JUEGOS DE LUCES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 22 Jul /26 **No.** 95

Propietario: ___ **Responsable:** X **Nombre y apellido:** Elizabeth Sepulveda

Documento: 52381661 **Dirección:** Vda. Cabanas **Telefono:** 311 595 0592

Correo electronico:

PACIENTE: Monito **Nacimiento:** Jul 2025 **Sexo:** M

Especie: Felino **Raza:** Mestizo **Peso:** 2.8 Kg

Color: Amarillo **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

Esterilizado: SI: ___ No X **No. Partos:** — **Ultimo celo:** —

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:				
Otras:				

Vermifugaciones:
Ultima fecha:
Producto:

Tratamientos recientes:

Viajes recientes: **Vive con otros animales:** Si ___ No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:		1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	°C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	ppm	4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
C.C.		5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosas:		6. S. Cardiovascular				13. Oídos			
TLLC:		7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
22 Jul	CH	Aprobado

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 22/07/2026	**SID:** 13411	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario**	KAREN CISNEROS
Nombre Paciente: MONITO	**Especie:** FELINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: ELIZABETH GOMEZ	**Edad:** 1 AÑO	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**9.06**	3.5 – 19.5 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	27.2*	35.0 – 85.0 %
Linfocitos	58.8*	20.0 – 50.0 %
Monocitos	14.0*	2.0– 9.0 %
Eosinofilos	1.2	0.5– 11.0 %
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	2.47*	2.5 – 15.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	5.34	0.80 – 7.0 x10^3 /uL
# Monocitos	1.27	0.03 – 1.9 x10^3 /uL
# Eosinofilos	0.10	0.06 – 1.93 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.82**	5.0 – 11.5 x 10^6 /uL
Hemoglobina	9.9	6.5 – 17.5 g/dL
Hematocrito	36.8	26.0 – 47.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	54.1	36.0 – 50.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	14.6	11.8 – 18.0 pg
Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media (CHCM)	27.0	29.0 – 40.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	19.1	16.0 – 30.0 %
➢ **PLAQUETAS**		
Recuento de Plaquetas	**361**	100 - 518 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.9	7.5 – 14.0 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	14.1	0.1 – 30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.47	0.0-0.80%

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

- CIRUGIA
- CONSULTA
- GUARDERIA
- VACUNACION
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERIA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 23 de 2026, siendo las 8 : 35 am

Yo, Diana Valenzuela identificada CC 1.121.820.009, con domicilio en Aguablanca; propietario de Bailey, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 6meses e historia clínica número 96.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Bailey ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de acurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ____ su proceso.

Nombre del propietario: Diana Paola Valenzuela

Tipo y documento: 1121820009

Firma: Diana Paola Valenzuela.

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 23 de 2026, siendo las 10 : 52 am

Yo, Diana Valenzuela identificada CC 1121820009, con domicilio en Aguablanca; propietario de Bailey, especie canino, raza Mestizo, sexo H, edad _____ e historia clínica número 96.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Bailey ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Tovar con matrícula profesional No 2164? la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Diana Paola Valenzuela

Tipo y documento: 1121820009

Firma: Diana Paola Valenzuela

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 23 /Jul /26 No. 96

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Diana Rocio Valenzuela

Documento: 1121820009 Dirección: Aguablanca Telefono: 3213354599

Correo electronico: ____

PACIENTE: Bailey Nacimiento: 20/FEB/26 Sexo: M

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 5.5kg

Color: Amarillo Señales particulares: ____

Fin zootecnico: ____ Origen/Procedencia: ____

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: NA Ultimo celo: NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:	X			

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR
Producto:

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO Vive con otros animales: Si X No ___

Comportamiento del animal: ____

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento: Activo		1. Estado general				8. S. Urinario			
T° 38.5	°C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC 97	rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR 18	ppm	4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
C.C. 4/5		5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosas: Rosadas		6. S. Cardiovascular				13. Oídos			
TLLC: 2"		7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
23 Jul	CH	Aprobado

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 23/07/2026	**SID:** 13429	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: BAILEY	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: DIANA VALENZUELA	**Edad:** 6 MESES	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**16.79**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	57.6	60-83%
Linfocitos	31.4	12-30%
Eosinófilos	3.7	0.5-10%
Monocitos	11.0*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	9.69	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	5.27*	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.62	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.54	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.79**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	13.1	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	40.3	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	69.7	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.7	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	32.5	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	15.6	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**336**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	13.7*	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	15.3	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.46	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Los Buesos
· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 23 de 2026, siendo las 9 : 08 a m

Yo, Jazmin Valenzuela identificada CC 40341998, con domicilio en Aguablanca; propietario de Thunder, especie canino, raza Mestizo, sexo M, edad 5meses e historia clínica número 97.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Thunder ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Jazmin Andrea Valenzuela.

Tipo y documento: CC-40341998.

Firma: Jazmin Valenzuela

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 3133992888

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Susabuesos
· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 23 de 2026, siendo las 11:50 am

Yo, Jazmin Valenzuela identificada cc 40341998, con domicilio en Aguablanca; propietario de Thunder, especie canino, raza Mestizo, sexo M, edad 5meses e historia clínica número 97.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Thunder ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Tovar con matrícula profesional No 21647, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Jazmin Andrea Valenzuela

Tipo y documento: CC 40 341 998

Firma: Jazmin Valenzuela

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

CLINICA CONSULTA CIRUGIA — VACUNACION LABORATORIO PRUEBAS ASISTENTIAL — BANO Y PELUQUERIA SERVICIOS A DOMICILIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 23 Jul / 26 No. 97

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Jazmin Valenzuela

Documento: 40341998 Dirección: Aguablanca Telefono: 3152587290

Correo electronico: ____

PACIENTE: Thunder Nacimiento: Feb 26 Sexo: M

Especie: canino Raza: Mestizo Peso: 16.5 kg

Color: Tricolor Señales particulares: ____

Fin zootecnico: ____ Origen/Procedencia: ____

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: NA Ultima celo: NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:				
Otras:	X	Parvo		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: Ene 26
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO
Viajes recientes: NO Vive con otros animales: Si X No ___
Comportamiento del animal: ____
MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Bueno	1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	38.7 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	80 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	19 ppm	4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
C.C.	3/5	5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosas:	Rosas	6. S. Cardiovascular				13. Oidos			
TLLC:	2"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales: ____

APTO

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
23 Jul	CH	Aprobado

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 23/07/2026	**SID**: 13428	**Lugar**: Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario**: KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: THUNDER	**Especie**: CANINO	**Raza**: MESTIZO	
Dueño: JASMIN VALENZUELA	**Edad**: 5 MESES	**Sexo**: MACHO	

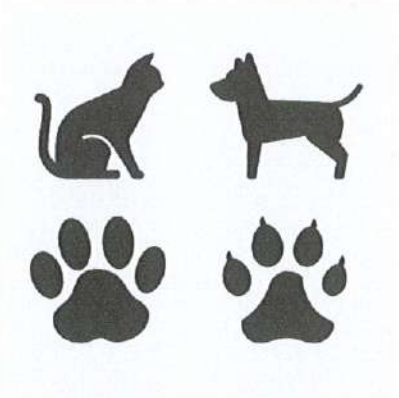
HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**21.0****	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	59.3*	60-83%
Linfocitos	28.0	12-30%
Eosinófilos	2.0	0.5-10%
Monocitos	12.7*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	12.46*	2.0 – 12.0 x10^3/uL
# Linfocitos	5.89	0.80 – 5.1 x10^3/uL
# Eosinófilos	0.42	0.04– 1.62 x10^3/uL
# Monocitos	2.66*	0.10 – 1.83 x10^3/uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.37**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	13.8	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	40.9	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	64.2	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	21.7	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	33.8	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	15.9	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**250**	100 -500 x10^3/uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.7	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	14.5	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.32	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO 507

Sabuesos

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

- CIRUGIA
- CONSULTA
- GUARDERIA
- VACUNACION
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERIA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 24 de 2026, siendo las 6 : 40

Yo, Claudia Ramirez identificada cc 33625360, con domicilio en Cabañas; propietario de Tribilin, especie Canino, raza Pinscher, sexo M, edad 9meses e historia clínica número 101.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Tribilin ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendida la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Claudia Yazmin R.

Tipo y documento: CC. 33625360

Firma: YAZMIN R

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

· CIRUGIA · VACUNACIÓN · BAÑO Y PELUQUERÍA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERÍA · PROFILAXIS DENTAL

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 24 de 2026, siendo las 1 : 20

Yo, Claudia Ramirez identificada cc 33625360, con domicilio en Cabañas; propietario de Tribilin, especie Canino, raza Pinscher, sexo M, edad 9 meses e historia clínica número 101.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Tribilín ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario

Juan Tovar con matrícula profesional No 21647, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Claudia Yazmin Ramirez

Tipo y documento: cc. 33625360

Firma: YAZMIN R

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 24 Jul 26 No. 101

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Claudia Ramirez

Documento: 33625360 Dirección: Vda. Cabanas Telefono: 323 238 3984

Correo electronico: ____

PACIENTE: Trebolin Nacimiento: 28/oct/25 Sexo: M

Especie: Canino Raza: Pinscher Peso: 2.5 kg

Color: Café Señales particulares: ____

Fin zootecnico: ____ Origen/Procedencia: ____

Anamnesis: NR.

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NA **Ultimo celo:** NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:	X			

Vermifugaciones:
Ultima fecha: Marzo 26
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO
Viajes recientes: NO **Vive con otros animales:** Si X No ___
Comportamiento del animal:
MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD
Temperamento: Bueno
T° 38.6 °C
FC 90 rpm
FR 25 ppm
C.C. 4/5
Mucosas: Rosa
TLLC:

	N	A	NE
1. Estado general	/		
2. Hidratación	/		
3. Piel y pelaje	/		
4. Musculo esquelético	/		
5. S. Respiratorio	/		
6. S. Cardiovascular	/		
7. S. Digestivo	/		
8. S. Urinario	/		
9. S. Reproductivo	/		
10. Ganglios linfáticos	/		
11. S. Nervioso	/		
12. Ojos	/		
13. Oidos	/		
14. Nariz			

Hallazgos anormales:

NR

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
24 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consuobuesos@gmail.com

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 24/07/2026	**SID:** 13448	**Lugar:** Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: TRIBILIN SCOBY	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO	
Dueño: CALUDIA RAMIREZ	**Edad:** 9 MESES	**Sexo:** MACHO	

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**9.91**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	48.0*	60-83%
Linfocitos	32.9*	12-30%
Eosinófilos	1.5	0.5-10%
Monocitos	8.1	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	4.76	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	3.26	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.15	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.89*	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.37**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	11.9	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	38.5	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	71.7	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.2	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	30.9	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	15.3	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	154	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	8.8	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	7.6	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.04	0.02–0.50%.

1

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 33625360

RAMIREZ MARTINEZ
APELLIDOS

CLAUDIA YAZMIN
NOMBRES

Claudia Jazmin Ramirez





FECHA DE NACIMIENTO 19-JUL-1983
PAEZ
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

23-AGO-2001 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

El Buesos

- CIRUGIA
- CONSULTA
- GUARDERIA
- VACUNACION
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERIA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 24 de 2026, siendo las 6 : 50

Yo, Elsa Martinez identificada cc 23 467.067, con domicilio en Vda. Cubarros; propietario de Asabache, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 9 meses e historia clínica número 102.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Asabache ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ____ su proceso.

Nombre del propietario: Elsa Martinez

Tipo y documento: 23467067

Firma: Elsa Martinez.

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ____ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

• CIRUGIA • VACUNACIÓN • BAÑO Y PELUQUERIA
• CONSULTA • LABORATORIO • JUGUETES Y ACCESORIOS
• GUARDERÍA • PROFILAXIS DENTAL

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 24 de 2026, siendo las 1:30pm

Yo, Elsa Martnez identificada CC 23 467.067, con domicilio en Cabanos; propietario de Asabache, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 9 meses e historia clínica número 102.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varie la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Asabache ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario

Juan Tovar con matrícula profesional No 2644, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemoragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Elsa Martínez

Tipo y documento: 23467067

Firma: Elsa Martínez.

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

CIRUGIA · CLINICA · TERAPEUTICA · VACUNACION · LABORATORIO · PARTO Y OBSTETRICIA

HISTORIA CLINICA

Fecha: 24 Jul 26 No. 102

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Elsa Martnez

Documento: 23467 067 Dirección: Vda. Cabanas Telefono: 3143259487

Correo electronico:

PACIENTE: Asabache Nacimiento: Nov 25 Sexo: M

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 10.5kg

Color: Negro Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: NA Ultimo celo: NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:	X			

Vermifugaciones:

Ultima fecha: Feb 26

Producto: Levamisol

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO Vive con otros animales: Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Bueno	1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	38.4 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	70 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	15 ppm	4. Musculo esquelético				11. S. Nerviosa			
C.C.	3/5	5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosas:	Rosca	6. S. Cardiovascular				13. Oidos			
TLLC:		7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

APTO

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
24/7	CH	APROBADO

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 24/07/2026	**SID:** 13444	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: ASABACHE	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: ELSA MARTINEZ	**Edad:** 9 MESES	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**15.82**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	72.3	60-83%
Linfocitos	15.1	12-30%
Eosinófilos	1.4	0.5-10%
Monocitos	12.6*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	11.4	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	2.39	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.23	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.99*	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**4.62**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	8.8*	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	28.5	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	61.7	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	19.0	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	30.7	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	16.2	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**246**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.6	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	10.7	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.28	0.02–0.50%.

1

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.467.067

MARTINEZ RUIZ
APELLIDOS

ELSA OLIVA
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-MAY-1964
PAEZ
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA | A+ O S RH | F SEXO

08-MAY-1983 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-4685000-70146849-F-0023467067-20080408 05559080058 02 1623951452

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

- CIRUGIA
- CONSULTA
- GUARDERIA
- VACUNACION
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERIA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 24 de 2026, siendo las 7:00

Yo, Laura Buitrago identificada C 1115910964, con domicilio en Vda. Iquira; propietario de Tayson, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 8 meses e historia clínica número 103.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Tayson ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Laura Buitrago Vega.

Tipo y documento: CC 1115910964

Firma: LauraBuitrago.

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 3133992886

Sabuesos
• CIRUGIA • VACUNACION • BAÑO Y PELUQUERIA
• CONSULTA • LABORATORIO • JUGUETES Y ACCESORIOS
• GUARDERÍA • PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 24 de 2026, siendo las 1 : 45

Yo, Laura Buitrago identificada CC 1115910964, con domicilio en Vda. Iguaro; propietario de Tayson, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 3 mes e historia clínica número 103.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Tayson ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario

Juan Tovar con matrícula profesional No 21647, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Laura Buitrago Vega

Tipo y documento: CC 1115910964

Firma: Laura Buitrago

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

CIRUGIA · CONSULTA · HOSPITALIZACION · VACUNACION · LABORATORIO · ECOGRAFIA · RAYOS X · PELUQUERIA

HISTORIA CLINICA

Fecha: 24 JUL 26 **No.** 103

Propietario: X **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Laura X. Buitrago

Documento: 1115910964 **Dirección:** Vda. Iguica **Telefono:** 321 446 3037

Correo electronico:

PACIENTE: Jayson **Nacimiento:** Dic 2025 **Sexo:** M

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 6.5 kg

Color: Negro **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NA **Ultimo celo:** NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:	X Pano			

Vermifugaciones:

Ultima fecha: Mayo 26

Producto: NR

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO **Vive con otros animales:** Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD: Temperamento: Bueno

			N	A	NE
T°	38.4	°C			
FC	75	rpm			
FR	27	ppm			
C.C.	3/5				
Mucosas:	Rosa				
TLLC:	1"				
1. Estado general					
2. Hidratación					
3. Piel y pelaje					
4. Musculo esquelético					
5. S. Respiratorio					
6. S. Cardiovascular					
7. S. Digestivo					
8. S. Urinario					
9. S. Reproductivo					
10. Ganglios linfáticos					
11. S. Nervioso					
12. Ojos					
13. Oidos					
14. Nariz					

Hallazgos anormales: NR.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
24 jul	CH	Arrobado

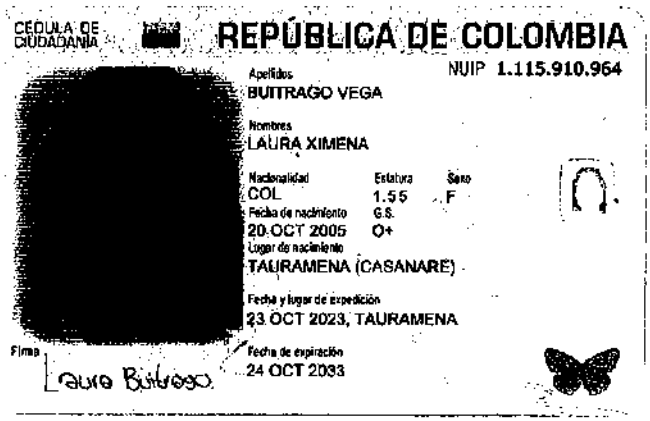
DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 24/07/2026 **SID:** 13450 **Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio **Médico veterinario:** KAREN CISNEROS
Nombre Paciente: TAYSON **Especie:** CANINO **Raza:** MESTIZO
Dueño: LAURA BUITRAGO **Edad:** 8 MESES **Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**12.97**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	83.7*	60-83%
Linfocitos	8.2*	12-30%
Eosinófilos	1.2	0.5-10%
Monocitos	8.1	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	10.86	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	1.06	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.16	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.05	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.75**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	12.0	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	37.2	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	64.7	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	20.8	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	32.2	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	16.3	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**78.0**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.4	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	11.1	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.06	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.115.910.964

Apellidos
BUITRAGO VEGA

Nombres
LAURA XIMENA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.55	F

Fecha de nacimiento
20 OCT 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
TAURAMENA (CASANARE)

Fecha y lugar de expedición
23 OCT 2023, TAURAMENA

Firma

Fecha de expiración
24 OCT 2033

.CO

034536278

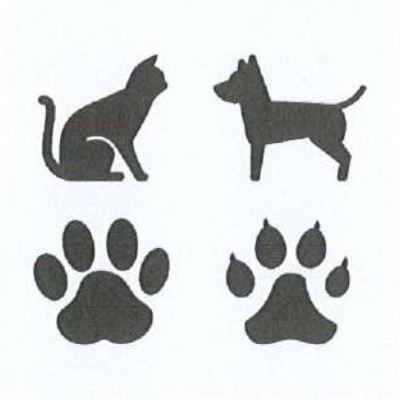
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL034536278646850<<<<<<<<<<
0510202F3310241COL1115910964<6
BUITRAGO<VEGA<<LAURA<XIMENA<<<

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Consusabuesos
· CIRUGIA · CONSULTA · GUARDERIA · VACUNACION · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERIA · JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 24 de 2026, siendo las 7 : 15

Yo, Valery Ordoñez identificada CC 1115912 299, con domicilio en Libertadores; propietario de Milo, especie canino, raza Mestizo, sexo M, edad 6 mes e historia clínica número 104.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Milo ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Valerin Saray Ordoñez

Tipo y documento: 1115912299

Firma: Valerin Saray

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Celi: 31339928863

527

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 24 de 2026, siendo las 2:00pm

Yo, Valery Ordoñez identificada CC 1115912299, con domicilio en Libertadores; propietario de Milo, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 6 meses e historia clínica número 104.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria o largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Milo ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario

Juan Tovar con matrícula profesional No 21643 la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Valeria Saray Ordoñez

Tipo y documento: 1115912299

Firma: Valeria Saray

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
CLINICA
CIRUGIA
VACUNACION
LABORATORIO
BANO Y PELUQUERIA

HISTORIA CLINICA

Fecha: 24 JUL 26 **No.** 104

Propietario: ___ **Responsable:** X **Nombre y apellido:** Valery Ordoñez

Documento: 1115912299 **Dirección:** Libertadores **Telefono:** 3154626422

Correo electronico:

PACIENTE: Milo **Nacimiento:** 10 ENE 26 **Sexo:** M

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 2.2 Kg

Color: Gris **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NA **Ultimo celo:** NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:	X			

Vermifugaciones:
Ultima fecha: Feb 26
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO
Viajes recientes: NO **Vive con otros animales:** Si X No ___
Comportamiento del animal:
MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD
Temperamento: Bueno
T° 38.7 °C
FC 95 rpm
FR 25 ppm
C.C. 3/5
Mucosas: Rosadas
TLLC:

	N	A	NE
1. Estado general	/		
2. Hidratación			
3. Piel y pelaje			
4. Musculo esquelético			
5. S. Respiratorio			
6. S. Cardiovascular			
7. S. Digestivo			
8. S. Urinario	/		
9. S. Reproductivo			
10. Ganglios linfáticos			
11. S. Nervioso			
12. Ojos	/		
13. Oídos			
14. Nariz			

Hallazgos anormales: NF

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
24 JUL	CH	Aprobado

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha:	24/07/2026	**SID:**	13446	**Lugar:**	Darilab S.A.S
Origen muestra:	Traída al laboratorio	**Médico veterinario:**	KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente:	MILO	**Especie:**	CANINO	**Raza:**	MESTIZO
Dueño:	VALERY ORDOÑEZ	**Edad:**	6 MESES	**Sexo:**	MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**10.87**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	58.8*	60-83%
Linfocitos	34.3*	12-30%
Eosinófilos	0.9	0.5-10%
Monocitos	6.9	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	6.40	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	3.72	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.10	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	0.75	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**7.28***	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	8.6	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	31.2	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	42.9	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	11.8	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	27.6	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	19.0	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**316**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.6	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	13.0	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.40	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 24 de 2026, siendo las 7 : 40AM

Yo, Mariana Salinas identificada cc 51952196, con domicilio en Cavan; propietario de Osito, especie Canino, raza Pinscher, sexo M, edad 8meses e historia clínica número 105.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Osito ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Mariana Salinas

Tipo y documento: 51952196

Firma:

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGÍA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACION · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 27 de 2026, siendo las 9 :30AM

Yo, Mariana Salinas identificada CC 51952196, con domicilio en Gavan; propietario de Osito, especie Canino, raza Pinscher, sexo M, edad 8 meses e historia clínica número 105.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Osito ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario

Juan Tovar con matrícula profesional No 21647, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Mariana Salinas

Tipo y documento: 51952196

Firma: Mariana Salinas

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

CIRUGIA · CONSULTA · GRADUADA · VACUNACION · LABORATORIO · BANCO Y PELUQUERIA · JUGUETES Y VIAJES A CUBOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 24 Jul 26 No. 70

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Mariana Silvia Salinas

Documento: 51 952 196 Dirección: B. Gaican Telefono: 3004085398

Correo electronico: ____

PACIENTE: Osito Nacimiento: D 11 | 2025 Sexo: M.

Especie: Canino Raza: Pinscher Peso: 2.6 kg

Color: café Señales particulares: ____

Fin zootecnico: ____ Origen/Procedencia: ____

Anamnesis: Antecedente convulsiones esporadicas, al igual que la mamá.

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: NA Ultimo celo: NA

Cirugias previas: ____

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:	X			

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO Vive con otros animales: Si X No ___

Comportamiento del animal: ____

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD
Temperamento: Bueno
T° 38.3 °C
FC 70 rpm
FR 16 ppm
C.C. 3/5
Mucosas: Rosas
TLLC: 1"

	N	A	NE
1. Estado general	X		
2. Hidratación	X		
3. Piel y pelaje	X		
4. Musculo esquelético	X		
5. S. Respiratorio	X		
6. S. Cardiovascular	X		
7. S. Digestivo	X		
8. S. Urinario	X		
9. S. Reproductivo	X		
10. Ganglios linfáticos	X		
11. S. Nervioso		X	
12. Ojos	X		
13. Oidos	X		
14. Nariz	X		

Hallazgos anormales: Ningun hallazgo

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
24 Jul	CH	APROBADO

e-mail: consusabuesos@gmail.com

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 24/07/2026	**SID:** 13451	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: OSITO	**Especie:** CANINO	**Raza:** PINSCHER
Dueño: MARINA SALINAS	**Edad:** 8 MESES	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**8.83**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	58.0*	60-83%
Linfocitos	32.3*	12-30%
Eosinófilos	0.5	0.5-10%
Monocitos	9.7*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	5.13	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	2.65	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.05	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	0.85	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.49**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	15.2	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	44.7	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	68.9	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	23.5	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	34.1	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	15.6	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**313**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.0	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	12.5	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.38	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.952.196**

SALINAS

APELLIDOS

MARIANA SILVIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-NOV-1962**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.46 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

14-DIC-1987 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00215238-F-0051952196-20100216 0020967022A 1 7720637798

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

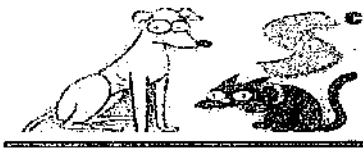
Sabuesos

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

- CIRUGIA
- CONSULTA
- GUARDERIA
- VACUNACION
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERIA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 24 de 2026, siendo las 9:30am

Yo, Gloria Cardenas identificada 24226534, con domicilio en Palmarito; propietario de Aquiles, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 18meses e historia clínica número 107.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Aquiles ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento: en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ____ su proceso.

Nombre del propietario: Gloria Cardenas

Tipo y documento: CC. 24 226534

Firma: Gloria Cardenas

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ____ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cel: 3133992886

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 24 de 2026, siendo las 3 :30AM

Yo, Gloria Cardenas identificada CC 24 226 534, con domicilio en Palmarito; propietario de Aquiles, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 18 MES e historia clínica número 107.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Aquiles ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario

Juan Tolar con matrícula profesional No 2147, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Gloria Cardenas

Tipo y documento: 24 226 534

Firma: Gloria Cardenas

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

CIBU

CIRUGIA · CONSULTA · URGENCIAS · VACUNAS Y DESPARASITACION · LABORATORIO CLINICO · APOYO DIAGNOSTICO · BANCO Y PELUQUERIA · JARDIN DE DIA Y ALOJAMIENTO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 24 jul /2026 **No.** 107

Propietario: X **Responsable:** _____ **Nombre y apellido:** Gloria Cardenas

Documento: 24226534 **Dirección:** Palmarito **Telefono:** 3202459056

Correo electronico: _____

PACIENTE: Aquiles **Nacimiento:** Feb 2025 **Sexo:** M

Especie: Canino **Raza:** Canino **Peso:** 4kg

Color: cafe-Negro **Señales particulares:** _____

Fin zootecnico: _____ **Origen/Procedencia:** _____

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NA **Ultimo celo:** NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:		X		
Otras:		X		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: Enero 26
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO
Viajes recientes: NO **Vive con otros animales:** Si X No ___
Comportamiento del animal:
MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD
Temperamento: Bueno

			N	A	NE
T° 38.3	°C	1. Estado general			
FC 89	rpm	2. Hidratación			
FR 13	ppm	3. Piel y pelaje			
C.C. 4/5		4. Musculo esquelético			
Mucosas: Rosa		5. S. Respiratorio			
TLLC: 4"		6. S. Cardiovascular			
		7. S. Digestivo			
		8. S. Urinario			
		9. S. Reproductivo			
		10. Ganglios linfáticos			
		11. S. Nervioso			
		12. Ojos			
		13. Oídos			
		14. Nariz			

Hallazgos anormales: NR

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
24 jul	CH	Aprobado

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 24/07/2026	**SID:** 13453	**Lugar:** Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: AQUILES	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO	
Dueño: GLORIA CARDENAS	**Edad:** 18 MESES	**Sexo:** MACHO	

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**7.73**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	52.8	60-83%
Linfocitos	31.3	12-30%
Eosinófilos	4.5	0.5-10%
Monocitos	15.9*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	4.09	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	2.42	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.35	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.22	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.60**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	16.7	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	50.3	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	76.2	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	25.3	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	33.2	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	14.2	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**82**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.8	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	14.9	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.09	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **24.226.534**
CARDENAS RIVEROS
APELLIDOS
GLORIA MERCEDES
NOMBRES

Gloria Mercedes Cardenas
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-DIC-1961**
AGUAZUL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

17-DIC-1980 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4685000 01231555-F 0024226534 20210507 0074305064A 2 9914898851



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
- CIRUGIA - VACUNACION - BAÑO Y PELUQUERIA
- CONSULTA - LABORATORIO - JUGUETES Y ACCESORIOS
- GUARDERIA - PROFILAXIS DENTAL

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 25 de 2026, siendo las 7:40am

Yo, Fanny Romero identificada 33625283, con domicilio en Yaguaros; propietario de Simon, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 2 años e historia clínica número 114.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Simón ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Fanny Romero

Tipo y documento: 33625283

Firma: Fanny Romero

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sus Huesos
· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 25 de 2026, siendo las 10 : 20am

Yo, Fanny Romero identificada CC. 33625.283, con domicilio en Vda. Yopinos; propietario de Simon, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 2 años e historia clínica número 114.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Simon ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario

Juan Tejar con matrícula profesional No 2164, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Fanny Romero.

Tipo y documento: 33625283

Firma: Fanny Romero

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 25 Jul 2026 **No.** 114

Propietario: X **Responsable:** _____ **Nombre y apellido:** Fanny Romero

Documento: 33625283 **Dirección:** Vda. Yeguanos **Telefono:** 3214263151

Correo electronico:

PACIENTE: Simon **Nacimiento:** 2024 **Sexo:** M

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 9.4 kg

Color: Negro **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NO **Ultimo celo:** NO

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otros:	X			

Vermifugaciones:

Ultima fecha: NO

Producto:

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO **Vive con otros animales:** Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD

Temperamento: Bueno

			N	A	NE
T° 38.3	°C	1. Estado general			
FC 78	rpm	2. Hidratación			
FR 86	ppm	3. Piel y pelaje			
C.C. 3/5		4. Musculo esquelético			
Mucosas: Rosas		5. S. Respiratorio			
TLLC: 1"		6. S. Cardiovascular			
		7. S. Digestivo			
		8. S. Urinario			
		9. S. Reproductivo			
		10. Ganglios linfáticos			
		11. S. Nervioso			
		12. Ojos			
		13. Oidos			
		14. Nariz			

Hallazgos anormales:

N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
25 Jul	CH	Aprobado

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 24/07/2026	**SID:** 13470	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: SIMON	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: FANNY ROMERO	**Edad:** 2 AÑOS	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**16.64***	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	73.9	60-83%
Linfocitos	10.6*	12-30%
Eosinófilos	1.9	0.5-10%
Monocitos	15.5*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	12.30*	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	1.76	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.32	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	2.56*	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.07**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	13.9	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	41.0	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	67.5	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.9	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	33.9	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	14.2	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**87***	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.7	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	14.1	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.10	0.02–0.50%.

1

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

EL HUESO

- CIRUGIA
- CONSULTA
- GUARDERIA
- VACUNACION
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERIA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 25 de 2026, siendo las 8:45 am

Yo, Jacqueline Perez identificada CC 52.337.433, con domicilio en La Libertad; propietario de Georgi, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 18 MES e historia clínica número 117.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Georgi ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ____ su proceso.

Nombre del propietario: JACQUELINE PEREZ ALVAREZ

Tipo y documento: CC 52337.433 B/a

Firma: _____

Yo KAREN CISNEROS matrícula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ____ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
·CIRUGÍA ·VACUNACION ·BAÑO Y PELUQUERÍA
·CONSULTA ·LABORATORIO ·JUGUETES Y ACCESORIOS
·GUARDERÍA ·PROFILAXIS DENTAL

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 25 de 2026, siendo las 11 : 20 am

Yo, Jacqueline Perez identificada cc 52.337.433, con domicilio en La Libertad; propietario de Georgi, especie Can, raza Mestizo, sexo M, edad 8 mes e historia clínica número 117.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varie la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Georgi ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Tovar con matrícula profesional No 2647, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son; problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: JACQUELINE PEREZ ALVAREZ

Tipo y documento: CC 52.337.433 Bta.

Firma: _____

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 25 Jul 2026 No. 117

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Jacqueline Perez

Documento: 52 337 433 Dirección: La Libertad Telefono: 3115656531

Correo electronico:

PACIENTE: Georgi Nacimiento: Jun 25 Sexo: M

Especie: Can Raza: Mestizo Peso: 9.6 kg

Color: Blanco-Negro Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: NO Ultimo celo: NO

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:	X			

Vermifugaciones:
Ultima fecha: Mayo 26
Producto: N R

Tratamientos recientes: NO
Viajes recientes: NO Vive con otros animales: Si X No ___
Comportamiento del animal:
MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Bueno	1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	38.6 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	105 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	23 ppm	4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
C.C.	3/5	5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosos:	Rosas	6. S. Cardiovascular				13. Oídos			
TLLC:	7"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales: NR

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
25 - Jul	CH	Aprobado

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 25/07/2026 **SID:** 13473 **Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio **Médico veterinario:** KAREN CISNEROS
Nombre Paciente: GEORGI **Especie:** CANINO **Raza:** MESTIZO
Dueño: JACQUELINE PEREZ **Edad:** 18 MESES **Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**10.24**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	46.6*	60-83%
Linfocitos	38.7*	12-30%
Eosinófilos	1.6	0.5-10%
Monocitos	14.7*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	4.78	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	3.96	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.16	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.50	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.02**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	7.7*	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	27.3*	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	54.4	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	15.4	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	26.3	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	19.0	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**238**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.1	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	13.4	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.29	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.337.433**

PEREZ ALVAREZ

APELLIDOS

JACQUELINE

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-MAR-1977**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

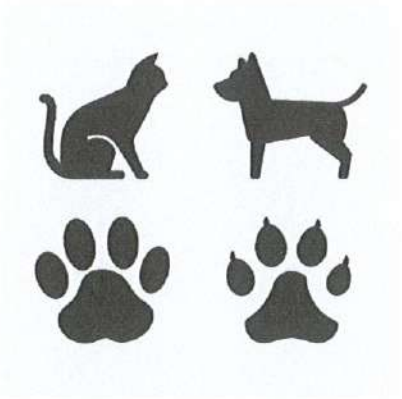
1.71	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-ABR-1995 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00095124-F-0052337433-20081013 **0004**39972A 1 1420007052



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 25 de 2026, siendo las 11 : 45

Yo, Delver Carrascal identificada CC 1092528330, con domicilio en Vda. Cabañas; propietario de Piter, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 3 años e historia clínica número 122.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Piter ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Delver Johan Carrascal Izquierdo

Tipo y documento: 1092528330

Firma: [signature]

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: [signature] TP. 22860



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Subuesos
• CIRUGIA • VACUNACION • BAÑO Y PELUQUERIA
• CONSULTA • LABORATORIO • JUGUETES Y ACCESORIOS
• GUARDERIA • PROFILAXIS DENTAL
CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 25 de 2026, siendo las 4 : 50Pm

Yo, Delver Carrascal identificada CC. 1092 528 330, con domicilio en Vda. Cabañas; propietario de Piter, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 3 años e historia clínica número 122.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Piter ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Tovar con matrícula profesional No 2164, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Delver John Carrascal Escalante

Tipo y documento: 1092528330

Firma:

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

CLINICA · CIRUGIA · ODONTOLOGIA

VACUNACION · LABORATORIO · PEQUEÑAS ESPECIES

RAYOS X Y ECOGRAFIA · MEDICINA INTERNA

HISTORIA CLINICA

Fecha: 25 Jul /2026 **No.** 122

Propietario: X **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Delver Carrascal

Documento: 1092528330 **Dirección:** Vda. Cabanos **Telefono:** 3205176625

Correo electronico:

PACIENTE: Piter **Nacimiento:** 2023 **Sexo:** M

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 8.7kg

Color: Amarillo **Señales particulares:**

Fin zootecnico: Compañia **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

Esterilizado: SI: ____ No X **No. Partos:** — **Ultimo celo:** —

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:			X	
Otras:				

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR
Producto:

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO **Vive con otros animales:** SI X NO ____

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD

			N	A	NE
Temperamento:		1. Estado general			
T° 32.7	°C	2. Hidratación			
FC 90	rpm	3. Piel y pelaje			
FR 20	ppm	4. Musculo esquelético			
C.C. 31.9		5. S. Respiratorio			
Mucosas: Rosas		6. S. Cardiovascular			
TLLC:		7. S. Digestivo			

	N	A	NE
8. S. Urinario			
9. S. Reproductivo			
10. Ganglios linfáticos			
11. S. Nerviosa			
12. Ojos			
13. Oidos			
14. Nariz			

Hallazgos anormales: NR

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
25 Jul	CH	Aprobado

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 25/07/2026	**SID:** 134	**Lugar:** Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: PITER	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO	
Dueño: DEIVER CARRASCAL	**Edad:** 2 AÑOS	**Sexo:** MACHO	

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**14.85**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	51.0*	60-83%
Linfocitos	36.0*	12-30%
Eosinófilos	3.0	0.5-10%
Monocitos	13.0*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	7.56	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	1.93	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.45	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.93*	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**7.51***	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	15.6	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	47.1	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	62.8	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	20.6	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	33.1	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	17.3	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**82***	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.9	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	17.0	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.08	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.092.528.330



Apellidos
CARRASCAL SEPULVEDA

Nombres
DEIVER JOHAN

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.70	M

Fecha de nacimiento
09 JUN 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CUCUTA (NORTE DE SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
13 JUN 2023, CUCUTA

Fecha de expiración
13 JUN 2033

Firma
Deiver Carrascal

.CO

025957860

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL025957860025001<<<<<<<<<<<
0506096M3306138COL1092528330<5
CARRASCAL<SEPULVEDA<<DEIVER<JO

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Consuabuesos
· CIRUGIA · VACUNACIÓN · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 27 de 2026, siendo las 8 : 10AM

Yo, Zharick Argueta identificada CC 1.145.224940, con domicilio en La Libertad; propietario de Frulais, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 8meses e historia clínica número 123.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Frulais ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ____ su proceso.

Nombre del propietario: Zharick Margoth Argueta Perez

Tipo y documento: 1145224940

Firma: [signature]

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ____ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: [signature] TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 27 de 2026, siendo las 10 : 40am

Yo, Zhanck Orjuela identificada cc 1.145 224 940, con domicilio en La Libertad; propietario de Firulais, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 8meses e historia clínica número 123

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Firulais ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario

Juan Tovar con matrícula profesional No 21647 la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Zhanck Orjuela

Tipo y documento: 1145224940

Firma:

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

· CIRUGÍA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 27 Jul 26 No. 123

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Zharick Orjuela

Documento: 1145224940 Dirección: La libertad Telefono: 3219188337

Correo electronico:

PACIENTE: Finkis Nacimiento: Dic/2025 Sexo: M

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 7 kg

Color: Blanco-Gris Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: NO Ultimo celo: NO

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:		X		
Otras:		X		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NO
Producto: NO

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO Vive con otros animales: Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Bueno	1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	38.4 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	70 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	20 ppm	4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
C.C.	3/5	5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosas:	Rosas	6. S. Cardiovascular				13. Oidos			
TLLC:	2"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
27.Jul	CH	Aprobado

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 27/07/2026 **SID:** 13484 **Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio **Médico veterinario:** KAREN CISNEROS
Nombre Paciente: FIRULAIS **Especie:** CANINO **Raza:** MESTIZO
Dueño: ZHARICK ORJUELA **Edad:** 8 MESES **Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**9.94**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	50.8*	60-83%
Linfocitos	42.6*	12-30%
Eosinófilos	0.7	0.5-10%
Monocitos	6.6	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	5.05	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	4.24	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.07	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	0.65	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**7.45**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	9.5	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	33.2	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	44.6	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	12.7	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	26.5	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	20.5	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**258**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.2	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	14.2	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.32	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.145.224.940



ORJUELA PEREZ

ZHARICK MARGOTH

COL | 1.57 | F

14 MAR 2008 | A+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

20 MAR 2026, TAURAMENA

24 MAR 2036

092294871

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0922948712468 50<<<<<<<<<<
0803142F3603240COL1145224940<7
ORJUELA<PEREZ<<ZHARICK<MARGOTH



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Consusabuesos

· CIRUGIA · VACUNACIÓN · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 27 de 2026, siendo las 8 : 20am

Yo, Alba Medina identificada CC 21191193, con domicilio en Mastranto; propietario de Zeus, especie Canino, raza Cocker, sexo M, edad 5años e historia clínica número 124.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Zeus ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Alba Mercedes Medina Rodriguez

Tipo y documento: 21'191'193

Firma: AMMR.

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 29 de 2026, siendo las 11 : 00 am

Yo, Alba Medina identificada cc 21191193, con domicilio en Mastranto; propietario de Zeus, especie Canino, raza Cocker, sexo M, edad 5 años e historia clínica número 124.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varie la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Zeus ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Tovar con matrícula profesional No 21647, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Alba Mercedo Medina

Tipo y documento: 21191193

Firma: AMM

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

CIBUS

CIRUGIA · CONSULTA · URGENCIAS · VACUNACION · LABORATORIO · RAYOS X · ECOGRAFIA · PLANES Y PRODUCTOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 27 jul 26 **No.** 124

Propietario: X **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Alba Medina

Documento: 21191193 **Dirección:** B. Marstranto **Telefono:** 3223411161

Correo electronico:

PACIENTE: Zeus **Nacimiento:** 2021 **Sexo:** M.

Especie: Canino **Raza:** cocker **Peso:** 13.8 kg

Color: Colorado **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis: erlichia - controlada bajo tratamiento y seguimiento

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NO **Ultimo celo:** NO

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:				

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO **Vive con otros animales:** Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Bueno	1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	38.3 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	83 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	20 ppm	4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
C.C.	4/5	5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosas:	Rosa	6. S. Cardiovascular				13. Oídos			
TLLC:	1"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
27 JUL	CH	Aprobado

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 27/07/2026	**SID:** 13483	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: ZEUS MEDINA	**Especie:** CANINO	**Raza:** COCKER
Dueño: ALBA MEDINA	**Edad:** 5 AÑOS	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**9.59**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	51.6*	60-83%
Linfocitos	36.4*	12-30%
Eosinófilos	0.6	0.5-10%
Monocitos	12.0*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	4.95	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	3.49	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.06	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.15	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.13**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	13.6	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	40.5	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	66.0	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.1	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	33.5	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	15.2	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**234**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.0	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	11.7	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.23	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

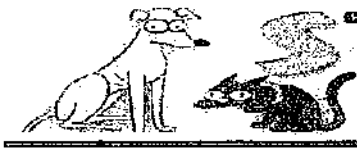
S70

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

- CIRUGIA
- CONSULTA
- GUARDERIA
- VACUNACION
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERIA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 27 de 2026, siendo las 8 :40am

Yo, Erika Lopez identificada a 1118836768, con domicilio en Aguablanca; propietario de Mono, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 2 años e historia clínica número 125.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Mono ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: ERIKA PAOLA LOPEZ TORRES

Tipo y documento: 1118836768

Firma: Erika L.

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sus huesos
• CIRUGIA • VACUNACION • BAÑO Y PELUQUERIA
• CONSULTA • LABORATORIO • JUGUETES Y ACCESORIOS
• GUARDERIA • PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 27 de 2026, siendo las 11 : 30 am

Yo, Erika Lopez identificada cc 1118836768, con domicilio en Aguablanca; propietario de Mono, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 2 años e historia clínica número 125.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Mono ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario

Juan Tovar con matrícula profesional No 7647, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Erika Paola Lopez Torres

Tipo y documento: 1118836768

Firma: Erika L.

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
- CIRUGIA - CONSULTA - GUARDERIA
- VACUNACION - LABORATORIO - PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERIA - JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 27 JUL 26 No. 125

Propietario: ___ Responsable: X Nombre y apellido: Erika Lopez

Documento: 1118836768 Dirección: Aquabluna Telefono: 3103341772

Correo electronico:

PACIENTE: Mono Nacimiento: 2024 Sexo: M

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 2.6 Kg

Color: Gris Señales particulares:

Fin zootecnico: Compañia Origen/Procedencia:

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: NA Ultimo celo: NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:		X		
Otras:		X		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO Vive con otros animales: Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD: Temperamento: Bueno

T°	38.4	°C	1. Estado general	N	A	NE	8. S. Urinario	N	A	NE
FC	90	rpm	2. Hidratación	N			9. S. Reproductivo		N	
FR	20	ppm	3. Piel y pelaje	N			10. Ganglios linfáticos	N		
C.C.	3/5		4. Musculo esquelético	N			11. S. Nervioso	N		
Mucosas:	Rosadas		5. S. Respiratorio	N			12. Ojos	N		
TLLC:	2"		6. S. Cardiovascular	N			13. Oidos		N	
			7. S. Digestivo	N			14. Nariz	N		

Hallazgos anormales:

Arto

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
27 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cel:3133992883

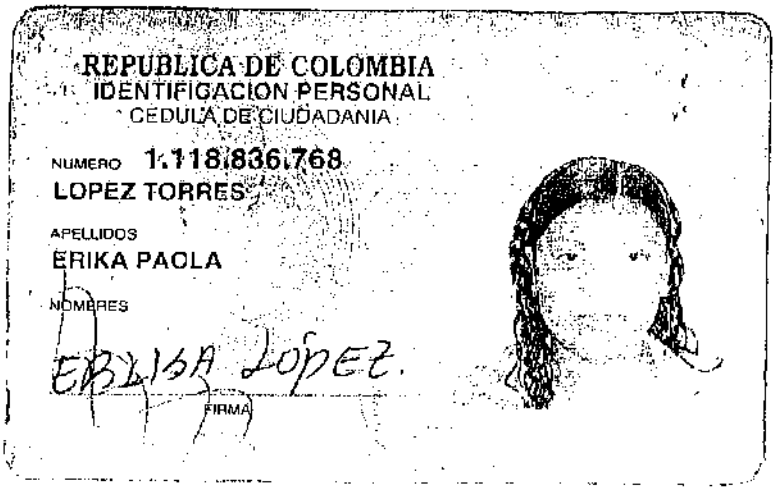
DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 27/07/2026	**SID:** 13487	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: MONO	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: ERIKA LOPEZ	**Edad:** 2 AÑOS	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**36.3***	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	76.9	60-83%
Linfocitos	11.8*	12-30%
Eosinófilos	0.6	0.5-10%
Monocitos	11.3*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	27.94**	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	4.26	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.22	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	4.10*	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.65**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	9.2*	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	31.2*	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	47.0	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	13.9*	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	29.6*	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	17.2	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**256**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.0	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	13.5	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.31	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS



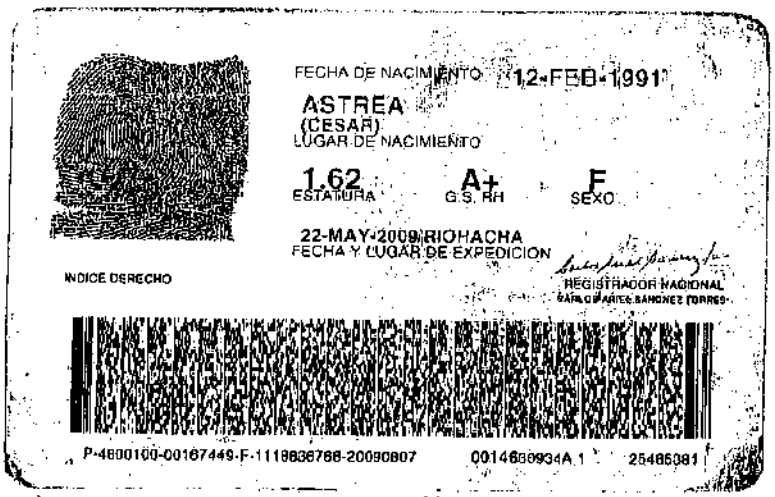
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.118.836.768
LOPEZ TORRES

APELLIDOS
ERIKA PAOLA

NOMBRES
ELISA LOPEZ.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-FEB-1991
ASTREA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
22-MAY-2009 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-4600100-00167449-F-1118836768-20090807 0014686934A 1 25486381

elika.lopez.torres@hotmail.com
3103341772.

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 27 de 2026, siendo las 9 : 00 am

Yo, Marta Rodriguez identificada CC 40404722, con domicilio en Jaguito: propietario de Lulo, especie Canino, raza Meshzo, sexo M, edad 7 mes e historia clínica número 126.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Lulo ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Martha María Rodriguez

Tipo y documento: 40404722

Firma: Martha M. Rodriguez

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Cubuesos
· CIRUGIA · VACUNACIÓN · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERÍA · PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 28 de 2026, siendo las 2 : 00 Pm

Yo, Marta Rodriguez identificada CC 40404722, con domicilio en Jaquito; propietario de Lulo, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 9 mes e historia clínica número 726.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Lulo ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Tovar con matrícula profesional No 2647, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Martha María Rodriguez

Tipo y documento: 40404722

Firma: Martha M Rodriguez

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

• CIRUGÍA • VACUNACIÓN • BAÑO Y PELUQUERÍA
• CONSULTA • LABORATORIO • JUGUETES Y ACCESORIOS
• GUARDERÍA • PROFILAXIS DENTAL

HISTORIA CLINICA

Fecha: 27 Jul 2026 No. 126

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Mauta Rodriguez

Documento: 40 404 722 Dirección: Jaguito Telefono: 3203445887

Correo electronico:

PACIENTE: Lulo Nacimiento: Ene/26 Sexo: M

Especie: Can Raza: Mestizo Peso: 8.3 Kg

Color: Blanco Señales particulares:

Fin zootecnico: Compañia Origen/Procedencia:

Anamnesis:

Esterilizado: SI: ___ No. X No. Partos: NA Ultimo celo: NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:		X		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR
Producto:

Tratamientos recientes: NO
Viajes recientes: NO Vive con otros animales: SI X No ___
Comportamiento del animal:
MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD
Temperamento: Bueno

			N	A	NE		N	A	NE
T°	38.5	°C				1. Estado general			
FC	95	rpm				2. Hidratación			
FR	18	ppm				3. Piel y pelaje			
C.C.	3/5					4. Musculo esquelético			
Mucosas:	Rosadas					5. S. Respiratorio			
TLLC:	2"					6. S. Cardiovascular			
						7. S. Digestivo			
						8. S. Urinario			
						9. S. Reproductivo			
						10. Ganglios linfáticos			
						11. S. Nervioso			
						12. Ojos			
						13. Oídos			
						14. Nariz			

Hallazgos anormales:

Ninguno

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
27 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consuesabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

LABORATORIO VETERINARIO DARILAB IPS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 27/07/2026	**SID:** 13485	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: LULO	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: MARTA RODRIGUEZ	**Edad:** 7 MESES	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**13.52**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	62.0	60-83%
Linfocitos	27.9	12-30%
Eosinófilos	0.9	0.5-10%
Monocitos	10.1*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	8.39	2.0 – 12.0 x10^3/uL
# Linfocitos	3.77	0.80 – 5.1 x10^3/uL
# Eosinófilos	0.13	0.04– 1.62 x10^3/uL
# Monocitos	1.36	0.10 – 1.83 x10^3/uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.39**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	14.6	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	45.0	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	70.4	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.9	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	32.5	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	15.7	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**294**	100 -500 x10^3/uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.5	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	11.0	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.31	0.02–0.50%.

1

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Consuabuesos

· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERIA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERIA · PROFILAXIS DENTAL

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 27 de 2026, siendo las 9:20am

Yo, Marta Rodriguez identificada CC 40 404 722, con domicilio en Jaguito; propietario de Rayito, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 2 años e historia clínica número 127.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Rayito ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Martha Maria Rodriguez

Tipo y documento: 40404 722

Firma: Martha M. Rodriguez

Yo KAREN CISNEROS matrícula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 3133992886 3

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
abuesos
· CIRUGIA · VACUNACION · BAÑO Y PELUQUERÍA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERÍA · PROFILAXIS DENTAL

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 28 de 2026, siendo las 2:30pm

Yo, Martha Rodriguez identificada CC 40 404 727, con domicilio en Jaguito; propietario de Rayito, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 2 a 05 e historia clínica número 127.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía lo cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Rayito ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Tovar con matrícula profesional No 2647, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Martha Maria Rodriguez

Tipo y documento: 40404727

Firma: Martha M. Rodriguez

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Consuabuesos
• CIRUGIA • CONSULTA • GUARDERIA
• VACUNACION • LABORATORIO • PROFILAXIS DENTAL
• BAÑO Y PELUQUERIA • JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 27 Jul /26 No. 127

Propietario: X Responsable: ___ Nombre y apellido: Maria Rodriguez

Documento: 40409722 Dirección: Jaguito Telefono: 3203445887

Correo electronico:

PACIENTE: Rayito Nacimiento: 2024 Sexo: M.

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 4.8 kg.

Color: Cafe Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: — Ultimo celo: —

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:			X	
Otras:			X	

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR.
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO Vive con otros animales: Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Bueno	1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	38.6 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	160 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	27 ppm	4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
C.C.	3/5	5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosas:	Rosadas	6. S. Cardiovascular				13. Oidos			
TLLC:	2"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
27 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consuabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cel:3133928863

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 27/07/2026	**SID:** 13486	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: RAYITO	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: MARTA RODRIGUEZ	**Edad:** 2 AÑOS	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**13.55**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	59.5*	60-83%
Linfocitos	29.9	12-30%
Eosinófilos	0.9	0.5-10%
Monocitos	10.6*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	8.07	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	4.05	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.12	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.43	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.38**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	14.4	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	44.8	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	70.2	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.5	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	32.1	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	15.7	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**290**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.0	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	11.5	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.32	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 28 de 2026, siendo las 9 : 30am

Yo, Elizabeth Sepúlveda identificada CC 52381661, con domicilio en Cabañas; propietario de Pinto, especie canino, raza Mestizo, sexo M, edad 18meses e historia clínica número 130.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Pinto ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto ___ o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Elizabeth Sepúlveda

Tipo y documento: CC 52.381.661

Firma:

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15.
Cell: 31339928863

5P2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 28 de 2026, siendo las 11 : 20am

Yo, Elizabeth Sepulveda identificada CC 52381661, con domicilio en Cabañas; propietario de Pinto, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 18meses e historia clínica número 130.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Pinto ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Tovar con matrícula profesional No 2647, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

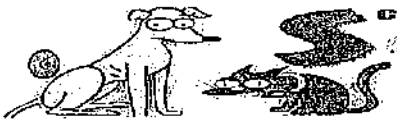
He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Elizabeth Sepulveda

Tipo y documento: CC. 52.381.661

Firma:

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

- CIRUGIA
- CONSULTA
- GUARDERIA
- VACUNACION
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERIA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 28 Jul 16 No. 130

Propietario: ___ Responsable: X Nombre y apellido: Elizabeth Saravia

Documento: 52381661 Dirección: Cabañas Telefono: 3115950592

Correo electronico:

PACIENTE: Rato Nacimiento: Mayo 24 Sexo: M

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 13.8 Kg

Color: Blanco-Negro Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis:

Esterilizado: SI: ___ No X No. Partos: — Ultimo celo: —

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:		X		
Otras:		X		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: —
Producto: —

Tratamientos recientes:

Viajes recientes: Vive con otros animales: SI ___ NO ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD

Temperamento: 38.6

T°	38.6	°C	1. Estado general				8. S. Urinario			
FC	90	rpm	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FR	27	ppm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
C.C.	4/5		4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
Mucosas:	Rosadas		5. S. Respiratorio				12. Ojos			
TLLC:	1"		6. S. Cardiovascular				13. Oidos			
			7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
28 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consuabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cel:3133928863

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 28/07/2026	**SID**: 13500	**Lugar**: Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario**: KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: PINTO	**Especie**: CANINO	**Raza**: MESTIZO
Dueño: ELIZABETH SEPULVEDA	**Edad**: 18 MESES	**Sexo**: MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**8.30**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	72.7	60-83%
Linfocitos	18.4	12-30%
Eosinófilos	0.5	0.5-10%
Monocitos	8.9	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	6.04	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	1.53	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.5	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	0.73	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**7.71***	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	10.2	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	35.3	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	45.8	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	13.3	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	29.0	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	19.9	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**539***	100 -500 x10^3/uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.1	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	13.5	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.60	0.02–0.50%.

1

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

- CIRUGIA
- CONSULTA
- GUARDERIA
- VACUNACION
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERIA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 28 de 2026, siendo las 8 : 30am

Yo, Andres Trejos identificada CC 1.115.910 157, con domicilio en Jaguito; propietario de Marchas, especie canino, raza Mestizo, sexo M, edad 2 años e historia clínica número 131.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Marchas ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Andres Felipe Trejos R.

Tipo y documento: 1115910157

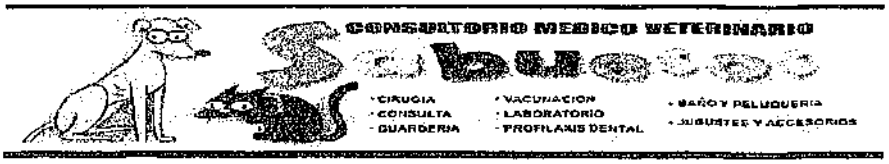
Firma: [signature]

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: [signature] TP. 22860



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 28 de 2026, siendo las 8 : 30am

Yo, Andres Trejos identificada CC 1.115.910.157, con domicilio en Jaguito; propietario de Manchas, especie canino, raza Mestizo, sexo M, edad 2 años e historia clínica número 131.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Manchas ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento: en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Andres Felipe Trejos R.

Tipo y documento: 1115910157

Firma: [signature]

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: [signature] TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Consusabuesos
•CIRUGIA •VACUNACIÓN •BAÑO Y PELUQUERÍA
•CONSULTA •LABORATORIO •JUGUETES Y ACCESORIOS
•GUARDERÍA •PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 28 de 2026, siendo las 10 : 30am

Yo, Andres Trejos identificada CC 1.115.910 157, con domicilio en Tajuto; propietario de Manchas, especie canino, raza Mestizo, sexo M, edad 2 años e historia clínica número 131.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Manchas ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento: en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Tovar con matrícula profesional No 2164, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Andres Felipe Trejos R.

Tipo y documento: 1115910157

Firma:

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

SABUESOS

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 28 Jul 26 No. 131

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Andres Trejos

Documento: 1115910157 Dirección: Jaguto Telefono: 3001124546

Correo electronico:

PACIENTE: Manchas Nacimiento: 2024 Sexo: M.

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 9 Kg

Color: Blanco - Negro Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: NA Ultimo celo: NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:	X			

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO Vive con otros animales: Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD

Temperamento: Bueno

			N	A	NE
T°	38.7	°C	1. Estado general		
FC	96	rpm	2. Hidratación		
FR	25	ppm	3. Piel y pelaje		
C.C.	4/5		4. Musculo esquelético		
Mucosas:	Rosadas		5. S. Respiratorio		
TLLC:			6. S. Cardiovascular		
			7. S. Digestivo		
			8. S. Urinario		
			9. S. Reproductivo		
			10. Ganglios linfáticos		
			11. S. Nervioso		
			12. Ojos		
			13. Oídos		
			14. Nariz		

Hallazgos anormales:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
28 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 28/07/2026	**SID:** 13496	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: MANCHAS	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: ANDRES TREJOS	**Edad:** 2 AÑOS	**Sexo:** MACHO

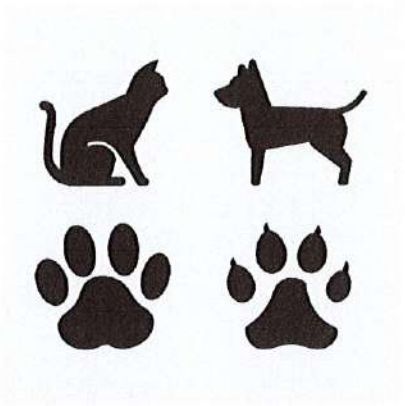
HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**7.95**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	69.3	60-83%
Linfocitos	14.2	12-30%
Eosinófilos	0.4	0.5-10%
Monocitos	16.5*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	5.51	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	1.12	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.03*	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.32	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**4.90**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	10.8*	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	34.9	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	71.2	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.1	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	31.0	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	15.7	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**101**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	13.8	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	18.2	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.14	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 29 de 2026, siendo las 9 : 10am

Yo, Elizabeth Sepulveda identificada CC 52381661, con domicilio en Aguablanca; propietario de Blanco, especie canino, raza Mestizo, sexo M, edad 18 meses e historia clínica número 132.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Blanca ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Elizabeth Sepulveda

Tipo y documento: CC 52.381.661

Firma:

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sus Buesos
• CIRUGÍA • VACUNACION • BAÑO Y PELUQUERIA
• CONSULTA • LABORATORIO • JUGUETES Y ACCESORIOS
• GUARDERÍA • PROFILAXIS DENTAL

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 29 de 2026, siendo las 11 : 20am

Yo, Elizabeth Sepúlveda identificada cc 52 381 661, con domicilio en Aguablanca; propietario de Blanco, especie canino, raza Mestizo, sexo M, edad 18meses e historia clínica número 132.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Blanca ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Tovar con matrícula profesional No 21647, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Elizabeth Sepúlveda

Tipo y documento: cc. 52. 381. 661

Firma:

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Consuhuesos
• CIRUGIA • CONSULTA • GUARDERÍA • VACUNACIÓN • LABORATORIO • PROFILAXIS DENTAL • BAÑO Y PELUQUERÍA • JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 29 Jul 26 No. 732

Propietario: ___ Responsable: X Nombre y apellido: Elizabeth Serpulveda

Documento: 52381661 Dirección: Aguablanca Telefono: 3115950592

Correo electronico:

PACIENTE: Blanco Nacimiento: Enero 2025 Sexo: M

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 7.6kg

Color: Blanco Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: — Ultimo celo: —

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:		X		
Otras:		X		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR
Producto: NR

Tratamientos recientes: No

Viajes recientes: No Vive con otros animales: Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD
Temperamento: Activo
T° 38.5 °C
FC 100 rpm
FR 25 ppm
C.C. 4/5
Mucosas: Rosadas
TLLC: 1"

	N	A	NE
1. Estado general			
2. Hidratación			
3. Piel y pelaje			
4. Musculo esquelético			
5. S. Respiratorio			
6. S. Cardiovascular			
7. S. Digestivo			
8. S. Urinario			
9. S. Reproductivo			
10. Ganglios linfáticos			
11. S. Nervioso			
12. Ojos			
13. Oidos			
14. Nariz			

Hallazgos anormales:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
29 Jul	CH	Aprobado

email: consuhuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:3133092883

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

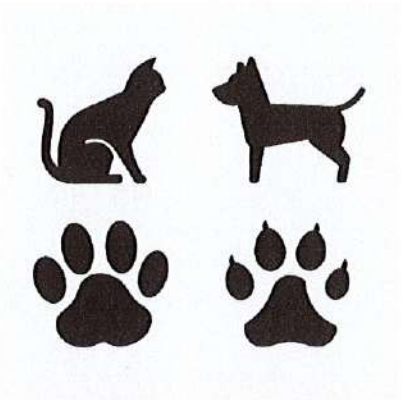
REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 29/07/2026	**SID:** 13524	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: BLANCO	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: ELIZABETH SEPULVEDA	**Edad:** 18 MESES	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**13.06**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	58.6*	60-83%
Linfocitos	31.4*	12-30%
Eosinófilos	4.7	0.5-10%
Monocitos	10.0*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	7.66	2.0 – 12.0 x10^3/uL
# Linfocitos	4.10	0.80 – 5.1 x10^3/uL
# Eosinófilos	0.61	0.04– 1.62 x10^3/uL
# Monocitos	1.30	0.10 – 1.83 x10^3/uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.62**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	14.3	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	45.6	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	68.9	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	21.5	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	31.3	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	16.2	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**155**	100 -500 x10^3/uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.3	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	14.2	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.19	0.02–0.50%.

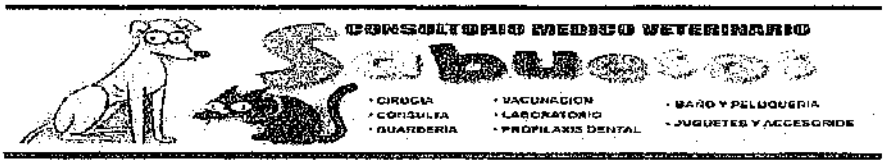
1

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 28 de 2026, siendo las 8 : 10 am

Yo, Raul Lasprilla identificada CC 7060799, con domicilio en Charanal; propietario de Sicario, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 3 años e historia clínica número 134.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Sicario ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ____ su proceso.

Nombre del propietario: Raul Lasprilla

Tipo y documento: CC 7060799

Firma:

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ____ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. _____

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928883

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
abuesos
· CIRUGIA · VACUNACIÓN · BAÑO Y PELUQUERÍA
· CONSULTA · LABORATORIO · JUGUETES Y ACCESORIOS
· GUARDERÍA · PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 28 de 2026, siendo las 10 : 08 am

Yo, Raul Lasprilla identificada CC 7060799, con domicilio en Chaparral ; propietario de Sicario, especie canino raza Mestizo, sexo M, edad 3 años e historia clínica número 134.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Sicario ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario

Juan Tovar con matrícula profesional No 21647, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son; problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Raul Lasprilla

Tipo y documento: CC 7060799

Firma:

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
- CIRUGÍA - CONSULTA - GUARDERÍA
- VACUNACIÓN - LABORATORIO - PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA - JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 28 Jul 26 No. 134

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Raul Lasprilla

Documento: 7060799 Dirección: Chicamocha Telefono: 3134047791

Correo electronico:

PACIENTE: Sicario Nacimiento: Jul 2023 Sexo: M

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 74.5kg

Color: Negro Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis: Se encuentra en seguimiento de hembra, poco apetito

Esterilizado: Si: ___ No. X No. Partos: NA Ultimo celo: NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:		X		
Otras:		X		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO Vive con otros animales: Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD
Temperamento: Regular
T° 38.6 °C
FC 105 rpm
FR 15 ppm
C.C. 4/5
Mucosas: Rosadas
TLLC: 1"

	N	A	NE
1. Estado general			
2. Hidratación			
3. Piel y pelaje			
4. Musculo esquelético			
5. S. Respiratorio			
6. S. Cardiovascular			
7. S. Digestivo			
8. S. Urinario			
9. S. Reproductivo			
10. Ganglios linfáticos			
11. S. Nervioso			
12. Ojos			
13. Oídos			
14. Nariz			

Hallazgos anormales: Muy baja Condicion corporal
Parametros hematologicos dentro de lo normal.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
28 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 28/07/2026	**SID:** 13502	**Lugar:** Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: SICARIO	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO	
Dueño: RAUL LASPRILLA	**Edad:** 3 AÑOS	**Sexo:** MACHO	

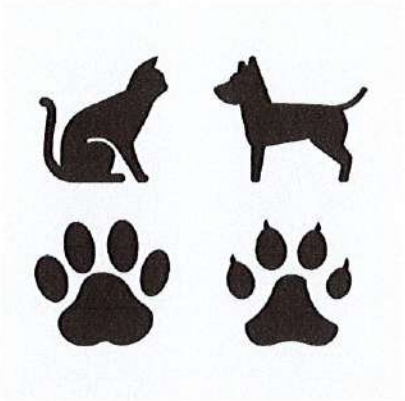
HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**16.34**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	37.7*	60-83%
Linfocitos	42.8*	12-30%
Eosinófilos	0.7	0.5-10%
Monocitos	19.5*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	6.16	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	7.0*	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.11	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	3.18*	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**4.79***	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	8.9*	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	26.9*	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	60.3	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	18.6	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	30.9	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	17.0	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**111**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.6	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	17.1	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.13	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
- CIRUGIA - CONSULTA - GUARDERÍA
- VACUNACION - LABORATORIO - PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA - JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 29 de 2026, siendo las 10 : 4am

Yo, Carolina Molina identificada CC 1.115.914.328, con domicilio en Palmar; propietario de Coqueto, especie canino, raza Mestizo, sexo M, edad 3años e historia clínica número 135.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Coqueto ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de la autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Carolina Molina Londoño

Tipo y documento: 1115914328

Firma: Carolina Molina Londoño

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 29 de 2026, siendo las 4:00 pm

Yo, Cardina Molina identificada CC 1115914328, con domicilio en Palmar; propietario de Coqueto, especie Can, raza Mestizo, sexo M, edad 3años e historia clínica número 135.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Coqueto ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Karen Asneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Cardina Molina Londoño

Tipo y documento: 1115914328 - de Tauramena

Firma: Cardina Molina Londoño

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

609

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Consuelo Huesos

- CIRUGIA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 29 Jul 2026 No. 135

Propietario: ___ Responsable: X Nombre y apellido: Carolina Molina

Documento: 1115943328 Dirección: Palmar Telefono: 3222490793

Correo electronico:

PACIENTE: Coqueto Nacimiento: 2023 Sexo: M

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 18.5kg

Color: Negro Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: NA Ultima celo: NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:		X		
Otras:		X		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR
Producto: NR

Tratamientos recientes: No

Viajes recientes: NO Vive con otros animales: Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD

Temperamento: Activo

			N	A	NE
T°	38.7 °C	1. Estado general			
FC	95 cpm	2. Hidratación			
FR	20 ppm	3. Piel y pelaje			
C.C.	4/5	4. Musculo esquelético			
Mucosas:	Rosadas	5. S. Respiratorio			
TLLC:	<1"	6. S. Cardiovascular			
		7. S. Digestivo			

	N	A	NE
8. S. Urinario			
9. S. Reproductivo			
10. Ganglios linfáticos			
11. S. Nervioso			
12. Ojos			
13. Oídos			
14. Nariz			

Hallazgos anormales:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
29 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consuelohuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:3133926863

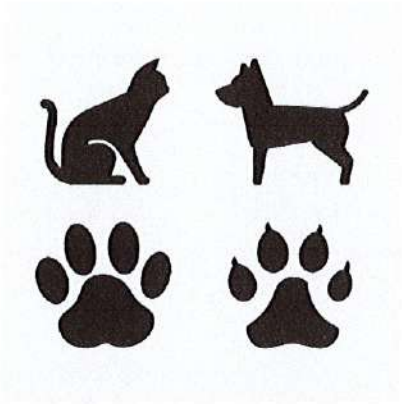
LABORATORIO VETERINARIO DARILAB IPS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 29/07/2026	**SID:** 13523	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: COQUETO	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: CAROLINA MEDINA	**Edad:** 3 AÑOS	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**14.36**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	57.3*	60-83%
Linfocitos	29.9	12-30%
Eosinófilos	0.7	0.5-10%
Monocitos	12.5*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	8.23	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	4.30	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.09	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.83	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**4.77**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	9.5*	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	31.1*	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	65.2	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	19.9	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	30.5	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	18.8	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**478**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	9.6	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	9.3	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.46	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS



CANINOS MACHOS DE 0 Y MENORES A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

· CIRUGIA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 30 de 2026, siendo las 7 : 20am

Yo, Elizabeth Sepúlveda identificada CC 52381661, con domicilio en Palmarito; propietario de Mayo, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 12meses e historia clínica número 136

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Mayo ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Elizabeth Sepúlveda

Tipo y documento: CC. 52.381.661

Firma:

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGIA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 30 de 2026, siendo las 10 : 10am

Yo, Elizabeth Sepulveda identificada CC 52381661, con domicilio en Palmarito ; propietario de Mango, especie canino, raza Mestizo, sexo M, edad 12meses e historia clínica número 136.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varie la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Mango ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario

Juan Tovar con matrícula profesional No 21647 la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ____ su proceso.

Nombre del propietario: Elizabeth Sepulveda

Tipo y documento: CC. 52.381.661

Firma:

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

· CIRUGÍA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: _____ **No.** 136

Propietario: ___ **Responsable:** X **Nombre y apellido:** Elizabeth Serveda

Documento: 52381661 **Dirección:** Palmorito **Telefono:** 3115950592

Correo electronico: _____

PACIENTE: Mayo **Nacimiento:** Jun 2025 **Sexo:** M

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 74.7 kg

Color: Cafe-Negro **Señales particulares:** _____

Fin zootecnico: _____ **Origen/Procedencia:** _____

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** — **Ultimo celo:** —

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:		X		
Otras:		X		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO

Viajes recientes: NO **Vive con otros animales:** Si X No ___

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD

Temperamento: Nervioso

			N	A	NE		N	A	NE
T° 38.4	°C	1. Estado general				8. S. Urinario			
FC 95	rpm	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FR 78	ppm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
C.C. 315		4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
Mucosas: Rosadas		5. S. Respiratorio				12. Ojos			
TLLC: 711		6. S. Cardiovascular				13. Oidos			
		7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales: _____

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
Jul	C.H	Aprobado

GIS

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

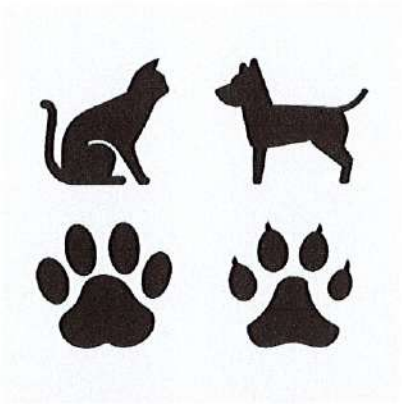
REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 30/07/2026 **SID:** 13537 **Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio **Médico veterinario:** KAREN CISNEROS
Nombre Paciente: MARUJO **Especie:** CANINO **Raza:** MESTIZO
Dueño: ELIZABETH SEPULVEDA **Edad:** 1 AÑO **Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**13.05**	5.32 – 16.50 x10³/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	44.1*	60-83%
Linfocitos	46.5*	12-30%
Eosinófilos	4.4	0.5-10%
Monocitos	9.4*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	5.76	2.0 – 12.0 x10³/uL
# Linfocitos	6.07*	0.80 – 5.1 x10³/uL
# Eosinófilos	0.57	0.04– 1.62 x10³/uL
# Monocitos	1.22	0.10 – 1.83 x10³/uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.11**	5.0 – 6.7x 10⁶ /uL
Hemoglobina	14.0	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	41.9	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	68.6	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	23.0	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	33.5	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	16.4	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**140**	100 -500 x10³/uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.2	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	15.5	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.16	0.02–0.50%.

1

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS



ESTERILIZACIÓN CANINOS MACHOS MAYOR A 20 KG

CANTIDAD: 3 UNIDADES

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGÍA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL
DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 15 de 2026, siendo las 9 : 30 am

Yo, Angela Zabala identificada cc. 1115916524, con domicilio en Paso Cusiana; propietario de Toby Zabala, especie Can, raza Mestizo, sexo M, edad 3 años e historia clínica número 38.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Toby ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Angela Zabala

Tipo y documento: cc. 1115916524

Firma: Angela Zabala

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGÍA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL
DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 19 de 2026, siendo las 2 : 30PM

Yo, Angela Zabala identificada CC. 1115916524, con domicilio en Paso Cusiana; propietario de Toby, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 36meses e historia clínica número 38.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varie la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Toby ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario

Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860 la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

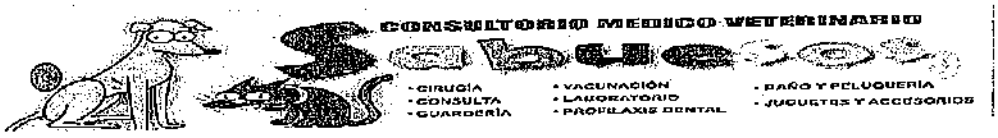
He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Angela Zabala

Tipo y documento: 1115916524

Firma: Angela Z.

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



HISTORIA CLINICA

Fecha: 15 JUL 26 No. 38

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Angela zabala

Documento: 1115916524 Dirección: Pasa cusiana Telefono: 3204714668

Correo electronico: ____

PACIENTE: Toby Nacimiento: Mayo2023 Sexo: M

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 2.7Bkg

Color: Amarillo Señales particulares: ____

Fin zootecnico: ____ Origen/Procedencia: ____

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: No Ultimo celo: NO

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:		X		
Otras:		X		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: Abril 26
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO
Viajes recientes: NO Vive con otros animales: Si X No ___
Comportamiento del animal: ____
MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD
Temperamento: Bueno

			N	A	NE
T°	38.5	°C			
FC	95	rpm			
FR	18	ppm			
C.C.	4|5				
Mucosas:	Rosadas				
TLLC:	2"				

	N	A	NE
1. Estado general			
2. Hidratación			
3. Piel y pelaje			
4. Musculo esquelético			
5. S. Respiratorio			
6. S. Cardiovascular			
7. S. Digestivo			
8. S. Urinario			
9. S. Reproductivo			
10. Ganglios linfáticos			
11. S. Nervioso			
12. Ojos			
13. Oidos			
14. Nariz			

Hallazgos anormales: ____

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
15 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consuabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cel:3133928863

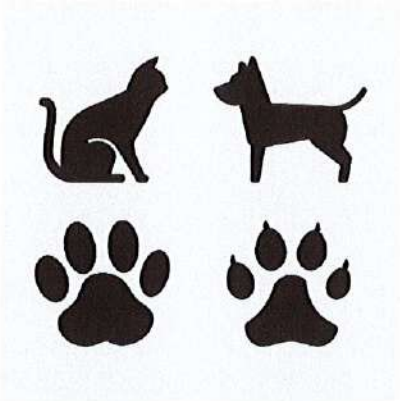
DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha:	15/07/2026	**SID:**	13286	**Lugar:**	Darilab S.A.S
Origen muestra:	Traída al laboratorio	**Médico veterinario**		KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente:	TOBY	**Especie:**	CANINO	**Raza:**	MESTIZO
Dueño: ANGELA ZABALA		**Edad:**	36 MESES	**Sexo:**	MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**6.73**	5.5 – 19.5 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	78.9*	60.0 – 70.0 %
Neutrófilos en banda	1.0	0.0 – 2.0 %
Linfocitos	1.9*	20.0 – 30.0 %
Monocitos	8.2	0 – 10.0 %
Eosinofilos	6.2	2 – 12.0 %
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	3.37	2.5 – 12.5 x10^3 /uL
# Linfocitos	1.99	1.5 – 7.0 x10^3 /uL
# Monocitos	1.37	0.0 – 0.85 x10^3 /uL
# Eosinofilos	1.05	0.0 – 1.5 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.35**	5.8 – 10.7 x 10^6 /uL
Hemoglobina	14.5	9.0 – 15.0 g/dL
Hematocrito	43.6	30.0 – 47.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	68.7*	41.0 – 51.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.8*	13.0 – 17.0 pg
Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media (CHCM)	33.2	32.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	14.7	14.0 – 20.0 %
➢ **PLAQUETAS**		
Recuento de Plaquetas	**173***	300 - 800 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.7*	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	13.5*	15 - 17 %
Plaquetocrito (PCT)	0.20	0.15 - 0.50%

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacteriologa y Lab. Clinica U.B
Esp. GIDS



CANINOS MACHOS MAYOR A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Consusabuesos

- CIRUGIA
- CONSULTA
- GUARDERIA
- VACUNACION
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERIA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 21 de 2026, siendo las 9 : 15 am

Yo, Jose Leon identificada CC 16 824 628, con domicilio en 1 octubre; propietario de Rocky, especie canino, raza Mestizo, sexo M, edad 5 años e historia clínica número 71.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Rocky ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Jose William Leon

Tipo y documento: 16 824 628

Firma: [signature]

Yo KAREN CISNEROS matricula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: [signature] TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 3133992886

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Susos
· CIRUGIA · CONSULTA · GUARDERIA · VACUNACION · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERIA · JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 21 de 2026, siendo las 1 : 05 pm

Yo, Jose Leon identificada cc 16824628, con domicilio en 1 octubre; propietario de Rocky, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 5 años e historia clínica número 71.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Rocky ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Juan Tovar con matrícula profesional No 2647, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ____ su proceso.

Nombre del propietario: Jose Leon

Tipo y documento: 16 824 628

Firma: Leon

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

CLINICA CONSULTA GUARDERIA | VACUNACION CASTRACION DESPARASITACION | BAÑO Y PELUQUERIA ARTICULOS Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 21 Jul 26 **No.** 71

Propietario: X **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Jose Leon

Documento: 16824628 **Dirección:** 1 octubre **Telefono:** 3112110695

Correo electronico:

PACIENTE: Rocky **Nacimiento:** 2021 **Sexo:** M

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 22.3kg

Color: Amarillo **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NA **Ultimo celo:** NA

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:			X	
Otras:			X	

Vermifugaciones:
Ultima fecha: Junio 26
Producto: NR

Tratamientos recientes: NO
Viajes recientes: NO **Vive con otros animales:** Si ___ No X
Comportamiento del animal:
MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD

Temperamento: Activo
T° 38.7 °C
FC 110 rpm
FR 25 ppm
C.C. 4/5
Mucosas: Rosas
TLLC: 2"

	N	A	NE
1. Estado general			
2. Hidratación			
3. Piel y pelaje			
4. Musculo esquelético			
5. S. Respiratorio			
6. S. Cardiovascular			
7. S. Digestivo			
8. S. Urinario			
9. S. Reproductivo			
10. Ganglios linfáticos			
11. S. Nervioso			
12. Ojos			
13. Oídos			
14. Nariz			

Hallazgos anormales:

N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
21 Jul	CH	Aprobado

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 21/07/2026	**SID:** 13377	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: ROKY LEON	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: JOSE LEON	**Edad:** 5 AÑOS	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**12.53**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	47.3*	60-83%
Linfocitos	36.9*	12-30%
Eosinófilos	0.7	0.5-10%
Monocitos	15.8*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	5.93	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	4.63	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.06	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.97	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.21**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	11.2	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	35.7	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	66.5	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	21.5	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	31.4	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	16.5	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**191**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.0	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	9.2	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.19	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.824.628**

LEON

APELLIDOS

JOSE WILLIAN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-SEP-1965**

JAMUNDI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,65 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

30-NOV-1983 JAMUNDI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

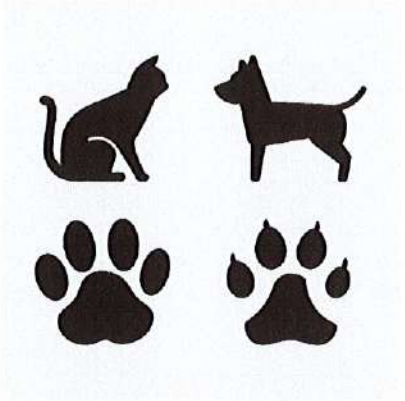
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4885000-00248851-M-0016824528-20100806 0023300424A 1 34182412

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS MACHOS MAYOR A 20 KG

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:31339928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

· CIRUGÍA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 30 de 2026, siendo las 8:40am

Yo, Yalile Daza identificada CC 1.115.910.604, con domicilio en Villa Ester; propietario de Nalo, especie canino, raza Mestizo, sexo M, edad 3 meses e historia clínica número 137.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento toma de muestra, en el cual se realiza venopunción extrayendo un poco de sangre con el fin de análisis por laboratorio para continuidad en proceso de intervención quirúrgica.

Que existen otras alternativas como, intervención sin análisis de estado hemático, la cual aumenta el riesgo quirúrgico.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: dolor leve, pequeño sangrado a la extracción de aguja o flebitis.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Nalo ha sido valorado/a, que ya he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: hematomas o flebitis las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo ___ su proceso.

Nombre del propietario: Yalile Daza

Tipo y documento: 1113910604

Firma: _____

Yo KAREN CISNEROS matrícula profesional No 22860 quien procede al proceso, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con la venopunción y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aceptación X / rechazo ___ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863



MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 30 de 2026, siendo las 10:30am

Yo, Yalile Daza identificada CC 1.113.910 604, con domicilio en Villa Esther; propietario de Nalo, especie _____, raza Mestizo, sexo M, edad 3meses e historia clínica número 137.

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento de cirugía de esterilización, en el cual se realiza el procedimiento de ovariohisterectoria u orquiectomía la cual consiste en la extracción definitiva de órganos reproductivos, mediante la incisión para retiro de gónadas sexuales.

Que existen otras alternativas como, castración química con la aplicación de implante hormonal debajo de la piel, vasectomía o ligadura de trompas y laparoscopia, las cuales no están incluidas dentro de este programa de esterilización.

Entiendo que dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran que podrían generarse secuelas como: problemas en anestesia, dolor, hemorragia, hematomas, dehiscencia, incontinencia urinaria a largo plazo o incluso muerte del animal y existe la posibilidad de que en beneficio del paciente el cirujano suspenda o la cirugía o varíe la técnica escogida previamente.

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Nalo ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario Karen Cisneros con matrícula profesional No 22860, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: problemas en anestesia, hemorragias, dehiscencias e incluso muerte del animal, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Yalile Daza

Tipo y documento: 1113910604

Firma: _____

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 31339928863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGÍA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERÍA · JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 30 Jul 26 **No.** 137

Propietario: X **Responsable:** _____ **Nombre y apellido:** Yalile Daza

Documento: 1.115.910.604 **Dirección:** Villa Ester **Telefono:** 3118852390

Correo electronico:

PACIENTE: Nalo **Nacimiento:** 2023 **Sexo:** M

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 22.8kg

Color: Cafe-Negro **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

Esterilizado: Si:___ No X **No. Partos:** — **Ultimo celo:** —

Cirugias previas:

VACUNAS:	SI	NO	NR	FECHA:
Rabia:	X			
Otras:	X			

Vermifugaciones:
Ultima fecha: Marzo 26
Producto: NR

Tratamientos recientes: No
Viajes recientes: No **Vive con otros animales:** Si X No ___
Comportamiento del animal:
MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Activo	1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	38.6 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	90 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	23 ppm	4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
C.C.	3/5	5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosos:	Rosas	6. S. Cardiovascular				13. Oidos			
TLLC:	2"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales: NR

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
30 Jul	CH	Aprobado

DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 29/07/2026	**SID:** 13538	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: NALO	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: YALILE DAZA	**Edad:** 30 MESES	**Sexo:** MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**10.57**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	69.5	60-83%
Linfocitos	22.0	12-30%
Eosinófilos	1.0	0.5-10%
Monocitos	8.5	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	7.35	2.0 – 12.0 x10^3/uL
# Linfocitos	2.33	0.80 – 5.1 x10^3/uL
# Eosinófilos	0.11	0.04– 1.62 x10^3/uL
# Monocitos	0.89	0.10 – 1.83 x10^3/uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**8.14***	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	16.8	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	49.4	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	60.6	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	20.6	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	34.0	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	21.5*	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**236**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.5	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	17.1	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.27	0.02–0.50%.

Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS