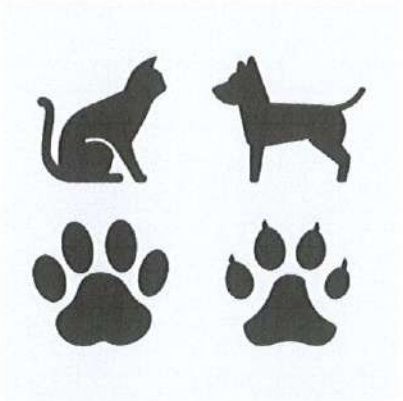
CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



ESTERILIZACIÓN CANINOS HEMBRAS DE O A 20 KG

CANTIDAD: 44 UNIDADES

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



CANINOS HEMBRAS 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

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Yo, Carlos Vargas identificada 74320689, con domicilio en Colinas; propietario de Lila, especie Canina, raza Mestiza, sexo H, edad 6 años e historia clínica número 7.

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 Lila 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: Carlos Vargas

Tipo y documento: 74320689

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

G.S.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 20 de 2026, siendo las 2 : 37Pm

Yo, Carlos Vargas identificada cc 74320689, con domicilio en Colinas; propietario de Lila, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 6años e historia clínica número 1.

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 Lila 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 Toro 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: Carlos Vargas

Tipo y documento: 74320689

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: 10 jul 26 **No.** 07

Propietario: X **Responsable:** _____ **Nombre y apellido:** Carlos Vargas

Documento: 74320689 **Dirección:** Colinas **Telefono:** 3103491444

Correo electronico: _____

PACIENTE: Lila **Nacimiento:** Mayo 2020 **Sexo:** H

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 13.7 kg

Color: Cafe **Señales particulares:** _____

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

Anamnesis:

Esterilizado: Si :___ No X **No. Partos:** — **Ultimo celo:** Marzo 26

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	95 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:	3/5	7. S. Digestivo				14. Nariz			

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**: 13220	**Lugar**: Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KARENCISNEROS	
Nombre Paciente: LILA	**Especie**: CANINO	**Raza**: MESTIZO
Dueño: CARLOS VARGAS	**Edad**: 5 AÑOS	**Sexo**: HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**12.29**	5.05 – 17.60 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	50.5*	60-77%
Neutrófilos en banda	1.0	0-3 %
Linfocitos	39.8*	12-30%
Eosinófilos	6.7*	13-30%
Monocitos	8.7	2-10%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	5.33	3.0 – 11.5 x10^3 /uL
# Linfocitos	4.90*	1.0 – 4.8 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.83	0.135 – 0.150 x10^3 /uL
# Monocitos	1.06 *	0.100 – 0.125 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.63**	5.65 – 8.87 x 10^6 /uL
Hemoglobina	13.1	13.1 – 20.5 g/dL
Hematocrito	41.7	37.3 – 61.7 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	62.9	61.6 – 73.5 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	19.7*	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)	17.1	13.6 – 21.7 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**455**	148 -484 x10^3/uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.3	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	14.4	10–18 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.568	0.20–0.50%.

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



CANINOS HEMBRAS 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 11 de 2026, siendo las 8 : 13

Yo, Daniela torres identificada 1115918071, con domicilio en Refugio. M; propietario de Canela, especie Canina, raza Mestiza, sexo H, edad 3 años e historia clínica número 03.

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 Canela 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 R. municipal; propietario de Canela, especie Canina, raza Mestiza, sexo M, edad 3 años e historia clínica número 03.

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 Canela 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: Daniela torres

Tipo y documento: 1115918071

Firma: Daniela torres

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: 11/07/2026 **No.** 03

Propietario: ___ **Responsable:** X **Nombre y apellido:** Daniela torres

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

Correo electronico: danielatoro97@gmail.com

PACIENTE: Canela **Nacimiento:** 2023 **Sexo:** H

Especie: Canina **Raza:** Mestizo **Peso:** 14.3 kg

Color: Café **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	X			8. S. Urinario	X		
T°	38.5 °C	2. Hidratación	X			9. S. Reproductivo	X		
FC	110 rpm	3. Piel y pelaje	X			10. Ganglios linfáticos	X		
FR	25 ppm	4. Musculo esquelético	X			11. S. Nervioso	X		
C.C.	3/5	5. S. Respiratorio	X			12. Ojos	X		
Mucosas:	Rosadas	6. S. Cardiovascular	X			13. Oídos	X		
TLLC:	2"	7. S. Digestivo	X			14. Nariz	X		

Hallazgos anormales:

Ninguno

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
11 jul	CH	Aprobado

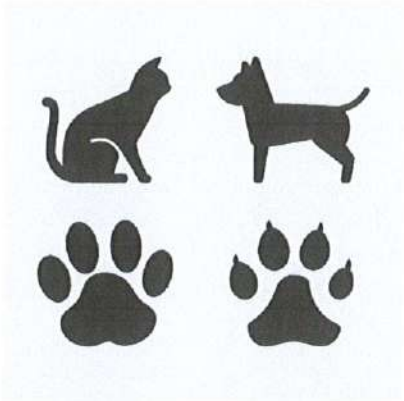
DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 11/07/2026 **SID:** 13222 **Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio **Médico veterinario:** KAREN CISNEROS
Nombre Paciente: CANELA **Especie:** CANINO **Raza:** MESTIZO
Dueño: DANIELA TORRES **Edad:** 3 AÑOS **Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**11.18**	5.05 – 17.60 x10³/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	52.1*	60-77%
Neutrófilos en banda	2.0	0-3 %
Linfocitos	27.8	12-30%
Eosinófilos	3.5*	13-30%
Monocitos	8.1	2-10%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	7.17	3.0 – 11.5 x10³ /uL
# Linfocitos	3.11	1.0 – 4.8 x10³ /uL
# Eosinófilos	0.39*	0.135 – 0.150 x10³ /uL
# Monocitos	0.90*	0.100 – 0.125 x10³ /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.56**	5.65 – 8.87 x 10⁶ /uL
Hemoglobina	13.5	13.1 – 20.5 g/dL
Hematocrito	40.5	37.3 – 61.7 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	61.7	61.6 – 73.5 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	20.5*	21.2 – 25.9 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	33.3	32.0 – 37.9 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	19.3	13.6 – 21.7 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**317**	148 -484 x10³ /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.8	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	11.6	10–18 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.34	0.20–0.50%.

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



CANINOS HEMBRAS 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 · VACUNACION · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERIA · JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 11 de 2026, siendo las 9 : 20 a m

Yo, Armando casimas identificada CC 1106892982, con domicilio en Vda. Yaguaros propietario de Kira, especie canino raza Mestizo, sexo H, edad 10 meses historia clínica número 09.

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 Kira 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 las 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 CASIMAS

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 Y / 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 · BANO 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 10:40 am

Yo, Armando Casimas identificada CC. 1106812982, con domicilio en Vda. Yaguaros propietario de Kira, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 10 meses e historia clínica número 09.

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 Kira 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 Cusnes 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: ARMANDO CASIMAS

Tipo y documento: 1106892982

Firma: 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. 09

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Armando Cacdimas

Documento: 1106892982 Dirección: Vda. Yaguaros Telefono: 3223347741

Correo electronico: NR.

PACIENTE: Kira Nacimiento: 15/10/2025 Sexo: H

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 6.5kg

Color: Blanco-Negro Señales particulares: —

Fin zootecnico: Compañia Origen/Procedencia: —

Anamnesis: Animal sano

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

Cirugias previas:

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

Vermifugaciones:

Ultima fecha: 2 Meses

Producto: NR

Tratamientos recientes: NR.

Viajes recientes: —

Vive con otros animales: Si X No ___

Comportamiento del animal: Normal

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	140 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	35 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: No presenta

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
11 Jul	CH	Apto para Quirofano

647

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha:	11/07/2026	**SID**:	13226	**Lugar**:	Darilab S.A.S
Origen muestra:	Traída al laboratorio	**Médico veterinario:**	KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente:	KIRA	**Especie**:	CANINO	**Raza:**	MESTIZO
Dueño:	ARMANDO CASILIMAS	**Edad**:	10 MESES	**Sexo:**	HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**13.74**	5.05 – 17.60 x10³/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	51.8	60-77%
Neutrófilos en banda	3.0	0-3 %
Linfocitos	36.1*	12-30%
Eosinófilos	3.3*	13-30%
Monocitos	9.1	2-10%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	7.53	3.0 – 11.5 x10³ /uL
# Linfocitos	4.96*	1.0 – 4.8 x10³ /uL
# Eosinófilos	0.45*	0.135 – 0.150 x10³ /uL
# Monocitos	1.25**	0.100 – 0.125 x10³ /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.96**	5.65 – 8.87 x 10⁶ /uL
Hemoglobina	14.1	13.1 – 20.5 g/dL
Hematocrito	43.1	37.3 – 61.7 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	72.0	61.6 – 73.5 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	23.6	21.2 – 25.9 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	32.7	32.0 – 37.9 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	13.7	13.6 – 21.7 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**255**	148 -484 x10³ /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.4	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	13.4	10–18 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.317	0.20–0.50%.

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



CANINOS HEMBRAS 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 · VACUNACION · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERIA · JUGUETES Y ACCESORIOS

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 11 de 2026, siendo las 8 : 02AM

Yo, Edwar camacho identificada CC 6339088, con domicilio en Villa Ester; propietario de Patitas, especie canino, raza Mestizo, sexo H, edad 8 meses e historia clínica número 11.

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 Patitas 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: Edwar Camacho

Tipo y documento: 6339088

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
Susuabuesos
· 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 4 : 00

Yo, Edwar Camacho identificada CC 6389088, con domicilio en Villa Esther; propietario de Patitas, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 8 Mes e historia clínica número 11.

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 Patitas 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 Keiren Linares 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: Edwar Camacho

Tipo y documento: 6389088

Firma:

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



HISTORIA CLINICA

Fecha: 11 Jul 26 No. 77

Propietario: ___ Responsable: X Nombre y apellido: Edwar camacho

Documento: Cc. 63890880 Dirección: Villa Ester Telefono: 3154114467

Correo electronico:

PACIENTE: Patitas Nacimiento: 30/Nov/25 Sexo: H

Especie: canino Raza: Mestizo Peso: 7.4 Kg

Color: Negro-Blanco 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		
Otros:	X	Parvo		

Vermifugaciones:
Ultima fecha: 17 Jun 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°	38.7 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	75 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	18 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:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
11 Jul	Cbt	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

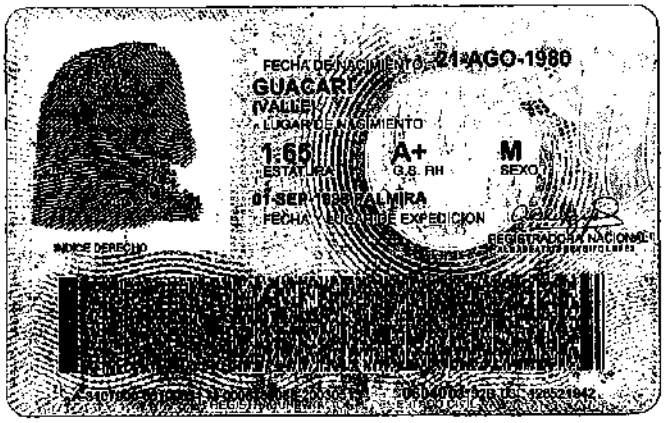
REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 11/07/2026	**SID:** 13231	**Lugar:** Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: PATICAS	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO	
Dueño: EDUAR CAMACHO	**Edad:** 8 MESES	**Sexo:** HEMBRA	

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**16.42**	5.05 – 17.60 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	50.4*	60-77%
Neutrófilos en banda	2.0	0-3 %
Linfocitos	38.1*	12-30%
Eosinófilos	0.4*	13-30%
Monocitos	9.5	2-10%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	8.61	3.0 – 11.5 x10^3 /uL
# Linfocitos	6.26*	1.0 – 4.8 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.07*	0.135 – 0.150 x10^3 /uL
# Monocitos	1.55*	0.100 – 0.125 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.39**	5.65 – 8.87 x 10^6 /uL
Hemoglobina	15.3	13.1 – 20.5 g/dL
Hematocrito	47.4	37.3 – 61.7 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	74.2*	61.6 – 73.5 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	23.9	21.2 – 25.9 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	32.2	32.0 – 37.9 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	14.7	13.6 – 21.7 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**223**	148 -484 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	13.7	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	18.3	10–18 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.306	0.20–0.50%.

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
6389088
CAMACHO BENAVIDES
EDUAR HERNAN

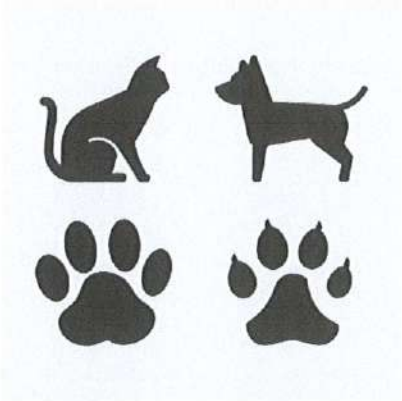

FECHA DE NACIMIENTO 21-AGO-1980
GUACARI
(VALLE)
1.65
A+
M
01-SER-1998 PALMIRA

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

684

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



CANINOS HEMBRAS 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 PELUQUERIA · JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Yo, Nelcy Gonzalez identificada CC 47.433 563, con domicilio en calle 2 # 10-81 Villa; propietario de Samy, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 3 años e historia clínica número 13.

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 Samy 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: Nelcy González

Tipo y documento: 47.433.563 CC

Firma: Nelcy González

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



CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 13 de 2026, siendo las 4 : 30

Yo, Nelcy Gonzalez identificada Cc 47.433 563, con domicilio en cll 2 # 10-81; propietario de Samy, especie canino, raza Mestizo, sexo H, edad 3 Años e historia clínica número 13.

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 Samy 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 Osmos 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: Nelcy Gonzalez

Tipo y documento: 47.433.563 apoderado

Firma: Nelcy Gonzalez

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Cabuetes

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

HISTORIA CLINICA

Fecha: 11 Jul /26 **No.** 13

Propietario: X **Responsable:** _____ **Nombre y apellido:** Nely Gonzalez

Documento: CC. 47.433.563 **Dirección:** cll 2 #10-81 **Telefono:** 3112855899

Correo electronico: _____

PACIENTE: Samy **Nacimiento:** 2023 **Sexo:** H

Especie: canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 12 Kg

Color: Amarillo **Señales particulares:** _____

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

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** 7 **Ultimo celo:** Hace 3 meses

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

Temperamento: Activo
T° 38.8 °C
FC 125 rpm
FR 78 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. Oídos			
14. Nariz			

Hallazgos anormales:

Ninguno

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
13 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

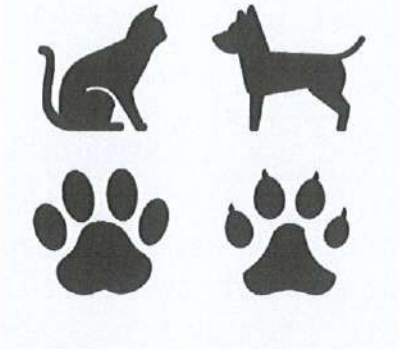
REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 11/07/2026	**SID:**	**Lugar:** Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: SAMY	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO	
Dueño: NELCY GONZALEZ	**Edad:** 3 AÑOS	**Sexo:** HEMBRA	

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**21.22***	5.05 – 17.60 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	70.0	60-77%
Neutrófilos en banda	1.9	0-3 %
Linfocitos	20.2	12-30%
Eosinófilos	4.0 *	13-30%
Monocitos	7.9	2-10%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	15.25 *	3.0 – 11.5 x10^3 /uL
# Linfocitos	4.29	1.0 – 4.8 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.85*	0.135 – 0.150 x10^3 /uL
# Monocitos	1.67 *	0.100 – 0.125 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.49**	5.65 – 8.87 x 10^6 /uL
Hemoglobina	15.2	13.1 – 20.5 g/dL
Hematocrito	46.7	37.3 – 61.7 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	72.0	61.6 – 73.5 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	23.5	21.2 – 25.9 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	32.6	32.0 – 37.9 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	16.3	13.6 – 21.7 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**324**	148 -484 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.9	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	12.5	10–18 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.364	0.20–0.50%.

1

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



CANINOS HEMBRAS 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 · BANO 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 7 : 40AM

Yo, Andrea Molano identificada 1.118 539. 140, con domicilio en calle 18a # 1a-38; propietario de Milu, especie Canino, raza mestizo, sexo H., edad 7 meses e historia clínica número 21.

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 M.J 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: Andrea Molano

Tipo y documento: C.C. 1118539140

Firma: Andrea Molano.

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 25 de 2026, siendo las 10 : 40 o m

Yo, Andrea Molano identificada CC 1.118.539.740, con domicilio en cll 18A #19-30; propietario de M.L, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 7 meses e historia clínica número 21.

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 M.L 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 Asseros 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.

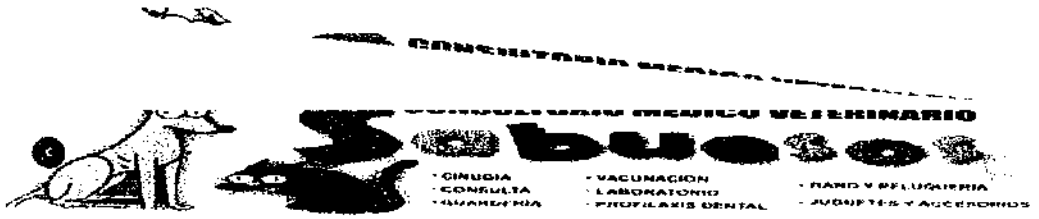
He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Andrea Molano

Tipo y documento: 1118539140 cc.

Firma: Andrea Molano

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



HISTORIA CLINICA

Fecha: 11 JUL 26 **No.** 21

Propietario: ____ **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Andrea Molano

Documento: 1.118.539 140 **Dirección:** calle 18n #17-38 **Telefono:** 3102297379

Correo electronico:

PACIENTE: M.L.J **Nacimiento:** Ene 26 **Sexo:** H

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 8kg

Color: Crema **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: 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° 38.4	°C	1. Estado general			
FC 98	rpm	2. Hidratación			
FR 15	ppm	3. Piel y pelaje			
C.C. 3/5		4. Musculo esquelético			
Mucosas:		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. Oidos			
		14. Nariz			

Hallazgos anormales:

N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
11 JUL	CH	

G63

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 17/07/2026	**SID:** 13334	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: MILU	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: ANDREA MOLANO	**Edad:** 7 MESES	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**12.67**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	71.2	60-83%
Linfocitos	19.1	12-30%
Eosinófilos	2.1	0.5-10%
Monocitos	9.7*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	9.03	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	2.42	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.26	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.22	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.46**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	15.0	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	47.6	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	73.6	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	23.2	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)	14.3	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**168**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.3	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	13.4	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.19	0.02–0.50%.

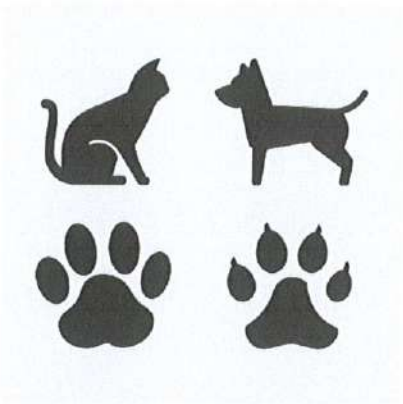
Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

664

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



CANINOS HEMBRAS 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 15 de 2026, siendo las 9:51

Yo, Alexander Ruño identificada CC 1115915214, con domicilio en Paso Casiana; propietario de Mia, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad _____ e historia clínica número 28.

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 Mia 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: Alexander Ruño

Tipo y documento: CC 1115915214

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 · GUARDERIA · VACUNACION · 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 16 de 2026, siendo las 10 : 00

Yo, Alexander Riaño identificada CC 1.115.915 214, con domicilio en Paso Casanare; propietario de Mia, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 10 meses e historia clínica número 28.

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 Mia 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: Alexander Riaño

Tipo y documento: C.c. 1115915214

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: 15 Jul 26 **No.** 28

Propietario: X **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Alexander Riaño

Documento: 1.115.915.214 **Dirección:** Paso Cusiana **Telefono:** 3108666215

Correo electronico: ____

PACIENTE: Mia **Nacimiento:** 29/AGO/2025 **Sexo:** H

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 9.5kg

Color: Tricolor **Señales particulares:** ____

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

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NO **Ultimo celo:** 7 mes

Cirugias previas:

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

Vermifugaciones:

Ultima fecha: 1 mes

Producto:

Tratamientos recientes: NO

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

Comportamiento del animal: ____

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD

Temperamento: Activo

T° 38.5 °C

FC 78 rpm

FR 15 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:

N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
15 jul	CH	Aceptado

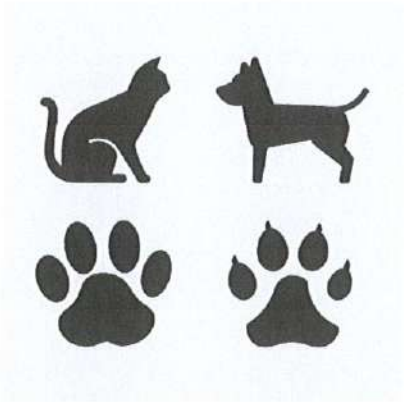
DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 11/07/2026	**SID**: 13281	**Lugar**: Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: MIA	**Especie**: CANINO	**Raza:** MESTIZO	
Dueño: ALEXANDER RIAÑO	**Edad**: 10 MESES	**Sexo:** HEMBRA	

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**11.08**	5.05 – 17.60 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	64.0	60-77%
Neutrófilos en banda	2.0	0-3 %
Linfocitos	26.1	12-30%
Eosinófilos	5.7*	13-30%
Monocitos	7.9	2-10%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	7.32	3.0 – 11.5 x10^3 /uL
# Linfocitos	2.89	1.0 – 4.8 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.63*	0.135 – 0.150 x10^3 /uL
# Monocitos	0.67*	0.100 – 0.125 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.81**	5.65 – 8.87 x 10^6 /uL
Hemoglobina	13.9	13.1 – 20.5 g/dL
Hematocrito	45.6	37.3 – 61.7 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	76.4	61.6 – 73.5 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	24.0	21.2 – 25.9 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	30.6	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	**238**	148 -484 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.6	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	16.0	10–18 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.300	0.20–0.50%.

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



CANINOS HEMBRAS 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 16 de 2026, siendo las 9:10 am

Yo, Aida Perez identificada CC 20750507, con domicilio en Libertadores Bajo; propietario de Golondrina, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 18 meses e historia clínica número 34.

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 Golondrina 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: Aida Lucia Perez Moreno

Tipo y documento: CC. 20.750.507

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 · VACUNACIÓN · BAÑO Y PELUQUERÍA
· 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 16 de 2026, siendo las 11 : 50

Yo, Aida Perez identificada CC 20750507, con domicilio en Libertadores Baja: propietario de Golondrina, especie canino, raza Mestizo, sexo H, edad 18meses e historia clínica número 34.

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 Golondrina 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: Aida Luz Perez Moreno

Tipo y documento: CC. 20.750.507

Firma:



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: 16 Jul 2026 No. 34

Propietario: ___ Responsable: X Nombre y apellido: Aida Perez

Documento: 20750507 Dirección: Libertadores Bajo Telefono: 3124345937

Correo electronico:

PACIENTE: Golondrina Nacimiento: 2024 Sexo: H

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 13 kg

Color: Negro Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis: Secreción purulenta vaginal, letargica, sin apetito hace 4 dias

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: 1 Ultimo celo: 25 dias

Cirugias previas:

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

Vermifugaciones:

Ultima fecha: 4 meses

Producto: NR

Tratamientos recientes: NO

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

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD: Temperamento: Decaida

			N	A	NE
T° 39.2 °C	1. Estado general			X	
FC 70 rpm	2. Hidratación		X		
FR 25 ppm	3. Piel y pelaje		X		
C.C. 2/5	4. Musculo esquelético			X	
Mucosas: Rosa patichas	5. S. Respiratorio		X		
TLLC: 1"	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: Secreción purulenta vaginal

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
16 Jul	CH	Plaquetas muy bajas

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:	17/07/2026	**SID:**	13329	**Lugar:**	Darilab S.A.S
Origen muestra:	Traída al laboratorio	**Médico veterinario:**	KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente:	GOLONDRINA	**Especie:**	CANINO	**Raza:**	MESTIZO
Dueño:	AIDA PEREZ	**Edad:**	2 AÑOS	**Sexo:**	HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**15.56**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	75.9	60-83%
Linfocitos	13.5	12-30%
Eosinófilos	4.8	0.5-10%
Monocitos	10.6*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	11.82	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	2.10	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.75	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.64	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.36**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	10.7	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	34.5	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	64.3	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	20.0	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	31.2	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	**53***	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.1	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	11.4	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.04	0.02–0.50%.

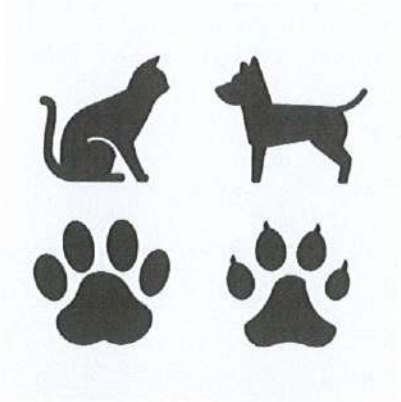
Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

674

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



CANINOS HEMBRAS 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 09 : 18

Yo, Marisela Gomez identificada CC 1115910362, con domicilio en Paso Casiana; propietario de Macha Gomez, especie canino, raza Mestiza, sexo H, edad 30 meses e historia clínica número 37.

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 Macha 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: Marisela Gomez

Tipo y documento: CC. 1115910362

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 10 :30

Yo, Marisela Gomez identificada CC 1115910362, con domicilio en Paso Casiana; propietario de Macha Gomez, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 30 mes e historia clínica número 37.

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 Macha 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: Marisela Gomez

Tipo y documento: CC. 1115910362

Firma:

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

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Consuabuesos
- CIRUGIA - CONSULTA - GUARDERÍA
- VACUNACIÓN - LABORATORIO - PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA - JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 15 JUL 26 No. 37

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Marisela Gomez

Documento: 1115910362 Dirección: Paso Susiana Telefono: 3234604376

Correo electronico:

PACIENTE: Mocha Nacimiento: 20/Feb/24 Sexo: H

Especie: canino Raza: Mestizo Peso: 6kg

Color: Cafe Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis:

Esterilizado: SI: ___ No. X No. Partos: 7 Ultimo celo: NR

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°	38.6	°C	1. Estado general			
FC	97	rpm	2. Hidratación			
FR	10	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			

	N	A	NE
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:
15 JUL	CH	Aprobado

e-mail: consuabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cel:3133992863

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: MACHA	**Especie**: CANINO	**Raza**: MESTIZO
Dueño: MARISELA GOMEZ	**Edad**: 30 MESES	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**7.06**	5.5 – 19.5 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	63.5	60.0 – 70.0 %
Neutrófilos en banda	2.0	0.0 – 2.0 %
Linfocitos	23.3	20.0 – 30.0 %
Monocitos	8.2	0 – 10.0 %
Eosinofilos	6.3	2 – 12.0 %
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	4.85	2.5 – 12.5 x10^3 /uL
# Linfocitos	1.65	1.5 – 7.0 x10^3 /uL
# Monocitos	0.58	0.0 – 0.85 x10^3 /uL
# Eosinofilos	0.44	0.0 – 1.5 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.84**	5.8 – 10.7 x 10^6 /uL
Hemoglobina	13.7	9.0 – 15.0 g/dL
Hematocrito	42.2	30.0 – 47.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	72.3*	41.0 – 51.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	23.5*	13.0 – 17.0 pg
Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media (CHCM)	32.6	32.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	13.7	14.0 – 20.0 %
➢ **PLAQUETAS**		
Recuento de Plaquetas	**301**	300 - 800 x10^3/uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	13.7*	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	11.8*	15 - 17 %
Plaquetocrito (PCT)	0.36	0.15 - 0.50%

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

MARICELA GOMEZ TORRES
TAURAMENA- CASANARE
CEL: 3106745494

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

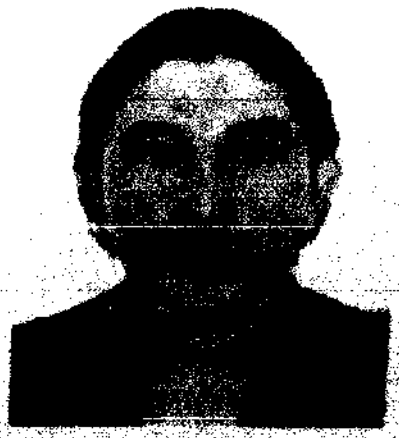
1.115.910.362

GOMEZ TORRES

APELLIDOS

MARICELA

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-1986

TAURAMENA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | A- G.S. RH | F SEXO

25-OCT-2004 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALVARO ECHEVERRI GOMEZ



P-4005700-70135000-F-1115910362-20060824 00367 0517501 02 184734982



CANINOS HEMBRAS 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 9 : 42 AM

Yo, Paola Tello identificada CC. 1115917 771, con domicilio en Paso Cusiana; propietario de Noa, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 7 mes e historia clínica número 39.

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 Noa 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: Paola Tello

Tipo y documento: 1.115.917 771

Firma: Paola Tello.

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 8 : 40 am

Yo, Paola Tello identificada CC. 1115917771, con domicilio en Paso Cusiana; propietario de Noa, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 7 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 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 Noa 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

Kelver 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 V o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Paola Tello

Tipo y documento: CC. 1115917771

Firma: PAOLA TELLO

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: 15 Jul 26 No. 37

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Paola Tello

Documento: 1115917771 Dirección: Paso Cuellana Telefono: 3104306849

Correo electronico:

PACIENTE: Noa Nacimiento: 28/ Dic/25 Sexo: H

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 12 Kg

Color: Cafe-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: 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°	38.7 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	106 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:	Rosas	6. S. Cardiovascular				13. Oidos			
TLLC:	1"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

Ninguno

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
15 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell3133992863

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

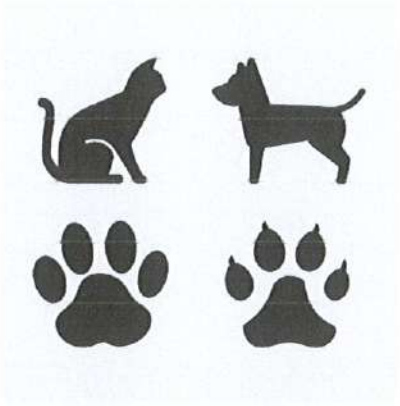
REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 15/07/2026	**SID**:	**Lugar**: Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: NOA	**Especie**: CANINO	**Raza**: MESTIZO	
Dueño: PAOLA TELLO	**Edad**: 7 MESES	**Sexo**: HEMBRA	

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**13.72**	5.05 – 17.60 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	42.8*	60-77%
Neutrófilos en banda	1.0	0-3 %
Linfocitos	47.2*	12-30%
Eosinófilos	3.3	2-10%
Monocitos	9.0	3-10%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	6.01	3.0 – 11.5 x10^3 /uL
# Linfocitos	6.48*	1.0 – 4.8 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.460*	0.135 – 0.150 x10^3 /uL
# Monocitos	1.230*	0.100 – 0.125 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.50**	5.65 – 8.87 x 10^6 /uL
Hemoglobina	15.9	13.1 – 20.5 g/dL
Hematocrito	47.7	37.3 – 61.7 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	73.4	61.6 – 73.5 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	24.5	21.2 – 25.9 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	33.4	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	**351**	148 -484 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	9.8	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	9.7*	10–18 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.36	0.20–0.50%.

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

Carrera 5 número 12-76 Tauramena- Casanare Tel:3142384325-3106799621- NIT 900635772-8
Email: darilabips@gmail.com Página Web www.darilabips.com



CANINOS HEMBRAS 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 :02AM

Yo, Deisy Sibache identificada CC 1118 541 830, con domicilio en Paso Cusiana propietario de Luna, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 12 mes e historia clínica número 43.

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 Luna 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: Deisy Sibache

Tipo y documento: CC. 1118541830

Firma: Deisy Sibache A.

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 21 de 2026, siendo las 8 : 30

Yo, Deisy Siboche identificada cc. 1118541830, con domicilio en Paso Cusiana; propietario de Luna, especie Can, raza Mestizo, sexo H, edad 12 mes e historia clínica número 43.

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 Luna 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.

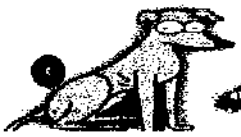
He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Deisy Siboche

Tipo y documento: cc. 1118541830

Firma: Deisy Siboch A.

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: 15 Jul 26 **No.** 43

Propietario: X **Responsable:** _____ **Nombre y apellido:** Deysi Siboche

Documento: 1.118.541 830 **Dirección:** Paso costana **Telefono:** 3202574103

Correo electronico:

PACIENTE: Luna **Nacimiento:** 3/Jul/25 **Sexo:** H

Especie: canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 6 kg

Color: Amarillo **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

Esterilizado: Si:___ No X **No. Partos:** 1 **Ultimo celo:** Marzo 26

Cirugias previas: No

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				8. S. Urinario			
T°	38.6 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	97 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	15 ppm	4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
C.C.	3/5	5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosas:	Rosadas	6. S. Cardiovascular				13. Oídos			
TLLC:	1"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
15 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:3133892863

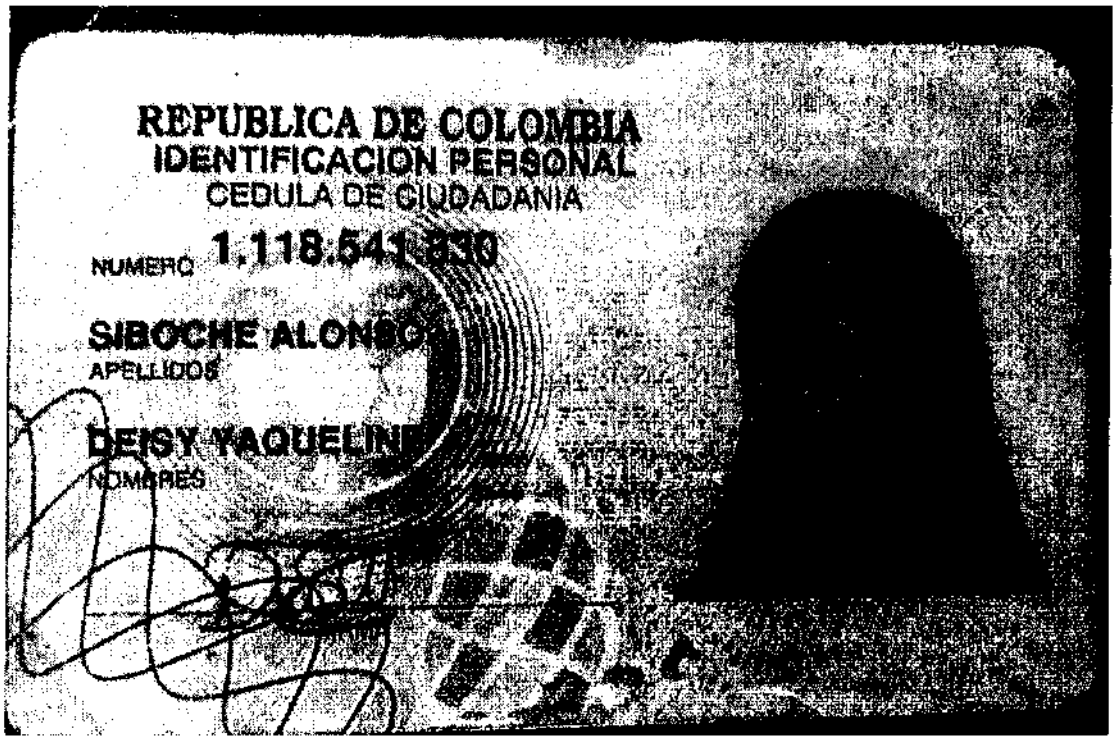
LABORATORIO VETERINARIO DARILAB IPS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha:	15/07/2026	**SID:**	13291	**Lugar:**	Darilab S.A.S
Origen muestra:	Traída al laboratorio	**Médico veterinario:**	KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente:	LUNA	**Especie:**	CANINO	**Raza:**	MESTIZO
Dueño:	DEISY SIBOCHE	**Edad:**	12 MESES	**Sexo:**	HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**9.03**	5.05 – 17.60 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	58.1*	60-77%
Neutrófilos en banda	1.0	0-3 %
Linfocitos	34.1*	12-30%
Eosinófilos	5.7	2-10%
Monocitos	6.8	3-10%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	5.34	3.0 – 11.5 x10^3 /uL
# Linfocitos	3.08	1.0 – 4.8 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.51*	0.135 – 0.150 x10^3 /uL
# Monocitos	0.61*	0.100 – 0.125 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.43**	5.65 – 8.87 x 10^6 /uL
Hemoglobina	15.1	13.1 – 20.5 g/dL
Hematocrito	46.0	37.3 – 61.7 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	71.5	61.6 – 73.5 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	23.6	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)	15.2	13.6 – 21.7 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**139***	148 -484 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.7*	6.7 – 11.1 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	15.4	10–18 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.18*	0.20–0.50%.

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

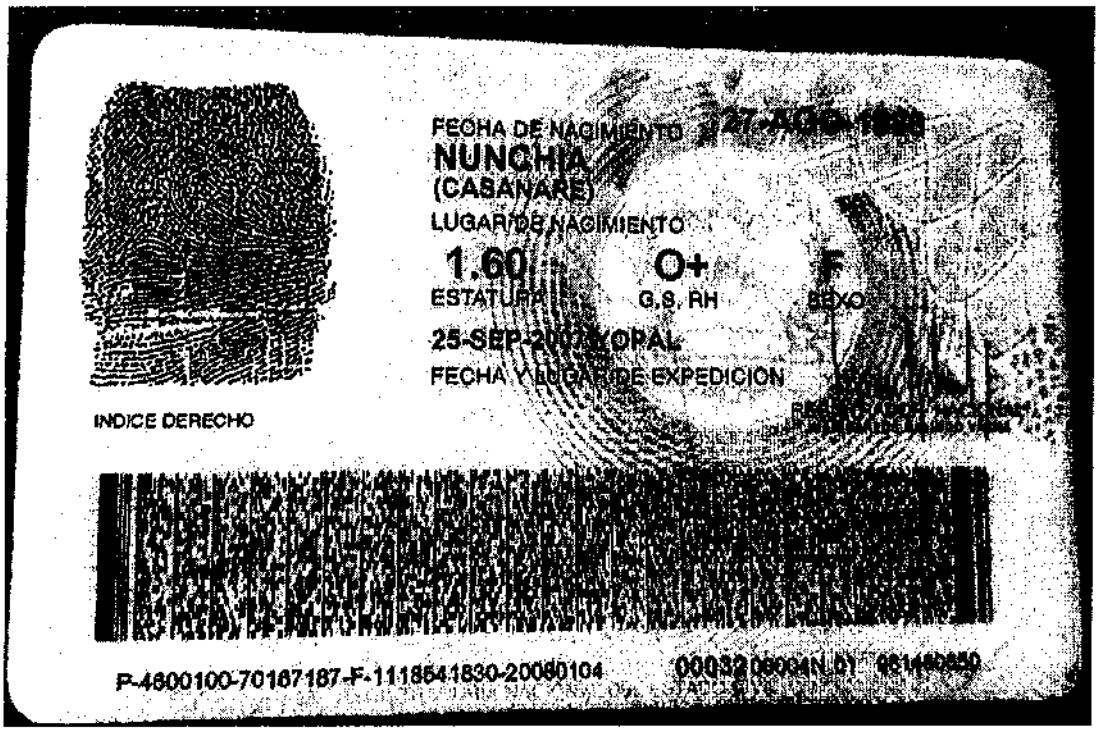


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.118.541.830

SIBOCHE ALONSO
APELLIDOS

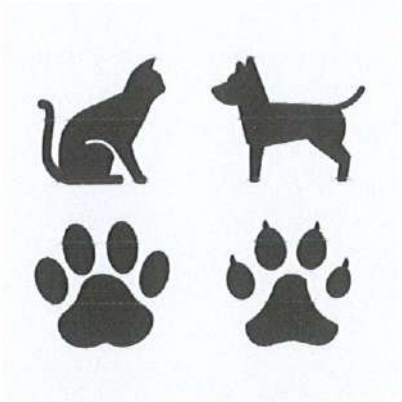
DEISY YAQUELIN
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1988
NUNCHIA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-SEP-2007 YOPAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

P-4600100-70167187-F-1118541830-20080104 0003200604A 01 651460650



CANINOS HEMBRAS 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 · VACUNACIÓN · LABORATORIO · PROFILAXIS DENTAL · BAÑO Y PELUQUERIA · JUGUETES Y ACCESORIOS

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 17 de 2026, siendo las 6 : 50 am

Yo, Lucy Variana Sanabria identificada CC 68303445, con domicilio en Aguablanca; propietario de Sacha, especie canino, raza Mestizo, sexo H, edad 8 meses e historia clínica número 52.

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 Sacha 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: Lucy Variana Sanabria Martínez

Tipo y documento: 68.303.445

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 · 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 20 de 2026, siendo las 8 : 40

Yo, Lucy Dariana Sanabria identificada CC 68303445, con domicilio en Aguablanca; propietario de Sacha, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 8meses e historia clínica número 52.

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 Sacha 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 12860, 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: Lucy Dariana Sanabria Martinez

Tipo y documento: 68.303.445

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 PELUQUERIA · JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 17 jul /26 **No.** 52

Propietario: X **Responsable:** _____ **Nombre y apellido:** Lucy Mariana Sanabria

Documento: 68303445 **Dirección:** Aguablanca **Telefono:** 3102965637

Correo electronico: _____

PACIENTE: Sacha **Nacimiento:** 05/12/25 **Sexo:** H

Especie: (N) Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 19.5kg

Color: Colorado **Señales particulares:** _____

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

Anamnesis:

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

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° 38.5 °C	1. Estado general		✓		
FC 110 rpm	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		✓		
	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:
17 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: 17/07/2026	**SID:** 13325	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: SACHA	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: LUCY SANABRIA	**Edad:** 8 MESES	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**11.54**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	60.17	60-83%
Neutrófilos en banda	1.0	0-3 %
Linfocitos	24.2	12-30%
Eosinófilos	0.4*	0.5-10%
Monocitos	14.1*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	7.13	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	2.79	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.05	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.62	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.19**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	13.7	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	41.6	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	67.3	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.1	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)	14.7	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**294**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.7	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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **68.303.445**

SANABRIA MARTINEZ

APELLIDOS

LUCY DARIANA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-DIC-1973**
PAZ DE ARIPORO (MORENO)
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-JUN-1994 TAME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

R-4885000-00847549-F-0068303445-20150909 0050992905A 2 45749347



CANINOS HEMBRAS 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 17 de 2026, siendo las 7:50 am

Yo, Oscar Baron Calderon identificada CC 1070592337, con domicilio en Aguablanca; propietario de Morocha, especie canino, raza Mestizo, sexo H, edad 4 meses e historia clínica número 53.

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 flebilis.

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

En constancia que mi mascota Morocha 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 Baron

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
Susabuesos
· 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 2 : 30PM

Yo, Oscar Baron calderon identificada CC 1010592337, con domicilio en Aguablanca: propietario de Morocha, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 42 meses e historia clínica número 53.

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 Morocha 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: Oscar Baron

Tipo y documento: 1010592337

Firma:

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:	17/07/2026	**SID**:	13330	**Lugar**:	Darilab S.A.S
Origen muestra:	Traída al laboratorio	**Médico veterinario:**	KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente:	MOROCHA	**Especie**:	CANINO	**Raza:**	MESTIZO
Dueño:	OSCAR BARON C.	**Edad**:	42 MESES	**Sexo:**	HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**9.79**	5.32 – 16.50 x10³/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	68.9	60-83%
Linfocitos	22.5	12-30%
Eosinófilos	2.7	0.5-10%
Monocitos	8.6	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	6.75	2.0 – 12.0 x10³ /uL
# Linfocitos	2.20	0.80 – 5.1 x10³ /uL
# Eosinófilos	0.26	0.04– 1.62 x10³ /uL
# Monocitos	0.84	0.10 – 1.83 x10³ /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.53**	5.0 – 6.7x 10⁶ /uL
Hemoglobina	15.3	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	46.5	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	71.2	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	23.5	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	33.0	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	14.9	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**489**	100 -500 x10³ /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.5	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	12.0	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.56*	0.02–0.50%.

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 17 Jul 26 **No.** 53

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

Documento: 1070592337 **Dirección:** Aguablanca **Telefono:** 3142157284

Correo electronico:

PACIENTE: Morocha **Nacimiento:** Feb/2023 **Sexo:** H

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 8.7 kg

Color: Negro-blanco **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** 2 **Ultimo celo:** Mayo 26

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: Temperamento: Activo

T°	38.9	°C	1. Estado general				8. S. Urinario			
FC	99	rpm	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FR	28	ppm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
CC	4/5		4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
Mucosas:	Rosas		5. S. Respiratorio				12. Ojos			
TLLC:	1"		6. S. Cardiovascular				13. Oídos			
			7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

Ninguno

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
17 Jul	CH	Aprobado

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.070.592.337**
BARON CALDERON

APELLIDOS
OSCAR RENE

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-ABR-1988**
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

06-JUN-2006 GIRARDOT
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-5200600-01272171-M-1070592337-20211210 0077289706G 4 8503048735



CANINOS HEMBRAS DE 0 Y MENORES A 20 KG

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

6
954

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Consusabuesos

· 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 18 de 2026, siendo las 11:30am

Yo, Maria Ceila Ibañez identificada CC 51660068, con domicilio en Camino Angosto; propietario de Lasy, especie Canino, raza Mestiza, sexo H, edad 10 meses e historia clínica número 57.

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 Lasy 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 Ceila Ibañez

Tipo y documento: 51660.068

Firma: Maria Ceila Ibañez

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 Abuesos
· CIRUGÍA · 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 19 de 2026, siendo las 2:00pm

Yo, Maria Ceila Ibañez identificada CC 51660 068, con domicilio en Jaguito; propietario de Lasy, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 10meses e historia clínica número 57.

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 Lasy 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 2267, 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 Ceila Ibañez

Tipo y documento: 51660.068

Firma: María Ceila Ibañez

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 18 jul 26 No. 57

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Maria Cela Ibañez

Documento: 51660068 Dirección: Jaguito Telefono: 3222561565

Correo electronico: ____

PACIENTE: Tasy Nacimiento: 04/oct/25 Sexo: H

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 9.5kg

Color: chocolate-Blanco 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:				

Vermifugaciones:
Ultima fecha: 2 meses
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	110 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:
18 jul	CH	Aprobado



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 51.660.068
IBAÑEZ CARDOZO
APELLIDOS
MARIA CEILA
NOMBRES

FIRMA



FÉCHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1961
PAEZ
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-DIC-1980 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-4685000-01340409-F-0051660068-20230202 0096841327A 1 56442522

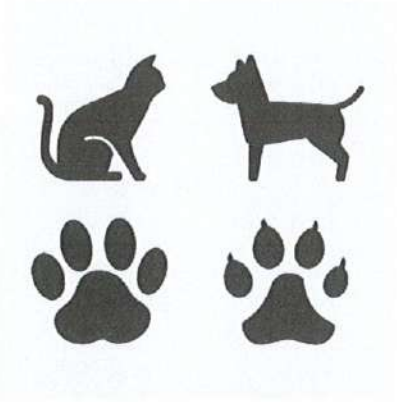
DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha:	18/07/2026	**SID:**	13348	**Lugar:**	Darilab S.A.S
Origen muestra:	Traída al laboratorio	**Médico veterinario:**	KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente:	LASY	**Especie:**	CANINO	**Raza:**	MESTIZO
Dueño:	CEILA IBAÑEZ	**Edad:**	10 MESES	**Sexo:**	HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**19.06***	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	41.8*	60-83%
Linfocitos	45.3*	12-30%
Eosinófilos	0.7	0.5-10%
Monocitos	2.46	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	7.97	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	8.65*	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.7	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	2.46*	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.12**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	10.7*	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	33.4	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	65.4	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	20.6	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	31.9	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	15.5	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**117**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.9	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	13.1	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



CANINOS HEMBRAS 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 PELUQUERÍA
• CONSULTA • LABORATORIO • JUGUETES Y ACCESORIOS
• GUARDERIA • PROFILAXIS DENTAL

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 18 de 2026, siendo las 8 : 10 a m

Yo, Diana Carolina Ibañez identificada CC 1.115.910.150, con domicilio en Jaguito; propietario de Samy, especie canino, raza Mestizo, sexo H, edad 1 año e historia clínica número 58.

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 Samy 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: Diana carolina Ibañez

Tipo y documento: 1115910150

Firma: Diana carolina Ibañez

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 ✓ / rechazo ____ para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 3133992886

9.11

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 18 de 2026, siendo las 3 : 00

Yo, Diana Carolina Ibañez identificada CC 1.115.910.150, con domicilio en Laguito; propietario de Samy, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 1 año e historia clínica número 58.

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 Samy 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 Osmos 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: Diana carolina ibañez

Tipo y documento: 1115910150

Firma: Diana carolina ibañez

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

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
CIBUS
CIRUGIA · CONSULTA · URGENCIAS
VACUNACION · LABORATORIO · PEQUEÑAS RAZAS
BAÑO Y PELUQUERIA · SERVICIOS A DOMICILIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 18 Jul/26 **No.** 58

Propietario: X **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Diana Cardina Ibañez

Documento: 1.115.910150 **Dirección:** Jaguito **Telefono:** 3103456470

Correo electronico:

PACIENTE: Samy **Nacimiento:** Jun 2025 **Sexo:** H

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 12.3Kg

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	
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
Temperamento: Activo

			N	A	NE
T° 38.1	°C	1. Estado general			
FC 90	rpm	2. Hidratación			
FR 15	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. Oídos			
		14. Nariz			

Hallazgos anormales:

N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
18 jl	CH	Aprobado

e-mail: consucbuosas@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:	18/07/2026	**SID:**	13349	**Lugar:**	Darilab S.A.S
Origen muestra:	Traída al laboratorio	**Médico veterinario**		KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente:	SAMY	**Especie:**	CANINO	**Raza:**	MESTIZO
Dueño:	CAROLINA IBAÑEZ	**Edad:**	1 AÑO	**Sexo:**	HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**12.90**	3.5 – 19.5 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	52.1	35.0 – 85.0 %
Linfocitos	36.4	20.0 – 50.0 %
Monocitos	11.5*	2.0– 9.0 %
Eosinofilos	1.5	0.5– 11.0 %
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	6.73	2.5 – 15.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	4.69	0.80 – 7.0 x10^3 /uL
# Monocitos	1.48	0.03 – 1.9 x10^3 /uL
# Eosinofilos	0.20	0.06 – 1.93 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**4.97**	5.0 – 11.5 x 10^6 /uL
Hemoglobina	10.4	6.5 – 17.5 g/dL
Hematocrito	37.0	26.0 – 47.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	74.4	36.0 – 50.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	21.0	11.8 – 18.0 pg
Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media (CHCM)	28.2	29.0 – 40.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	17.0	16.0 – 30.0 %
➢ **PLAQUETAS**		
Recuento de Plaquetas	145	100 - 518 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.5	7.5 – 14.0 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	16.9	0.1 – 30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.03	0.0-0.80%

1

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.115.910.150

IBAÑEZ CARDOZO

APELLIDOS

DIANA CAROLINA

NOMBRES

Diana Ibañez

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-NOV-1985

TAURAMENA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

18-MAY-2004 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

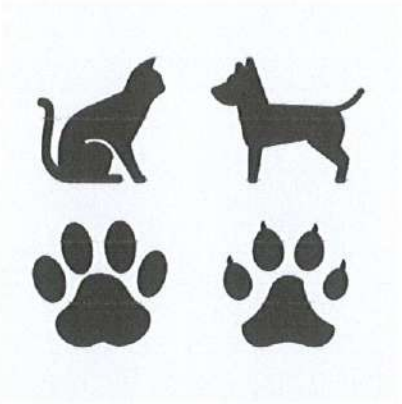
REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

A-4685000-01448723-F-1115910150-20240626 0140707218Q 1 6511983092

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

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



CANINOS HEMBRAS 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 18 de 2026, siendo las 8 :20AM

Yo, Edilson Ferney Vera identificada CC 80772625, con domicilio en Tagueto; propietario de SKay, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 1 meses e historia clínica número 59.

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 SKay 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: Edilson Ferney Vera Palacios

Tipo y documento: 80772625

Firma: [signature]

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: [signature] TP. 22860

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 3133992863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
· CIRUGIA · CONSULTA · GUARDERÍA · VACUNACION · 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 18 de 2026, siendo las 3 : 20PM

Yo, Edison Ferney Vera identificada CC 80772625, con domicilio en Jagüito: propietario de SKAY, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 10meses e historia clínica número 59.

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 SKAY 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 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: Edison Ferney Vera Palacios

Tipo y documento: 80 772 625 B

Firma:

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

CLINICA · CONSULTA · CIRUGIA — VACUNACION · LABORATORIO · PEQUEÑOS DE REAL — BAÑO Y PELUQUERIA · VENTA DE ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 18 Jul 26 **No.** 59

Propietario: X **Responsable:** _____ **Nombre y apellido:** Edilson Fernel Vera

Documento: 80772625 **Dirección:** Jaguito **Telefono:** 3123473454

Correo electronico: _____

PACIENTE: Sikay **Nacimiento:** Sept/2025 **Sexo:** H

Especie: canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 10.7kg

Color: Negro amarillo **Señales particulares:** _____

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

Anamnesis:

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

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

Temperamento: Bueno

			N	A	NE
T°	38.6	°C	1. Estado general			
FC	105	rpm	2. Hidratación			
FR	22	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. Oídos			
			14. Nariz			

Hallazgos anormales:

N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
18 Jul	CH	Aprobado

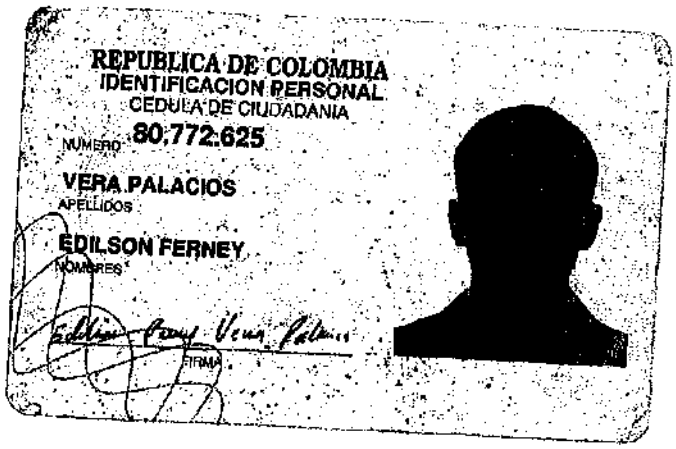
REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 18/07/2026 **SID:** 13347 **Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio **Médico veterinario:** KAREN CISNEROS
Nombre Paciente: SKAY **Especie:** CANINO **Raza:** MESTIZO
Dueño: FERNEY VERA **Edad:** 10 MESES **Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**8.54**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	61.6	60-83%
Linfocitos	11.3*	12-30%
Eosinófilos	3.5	0.5-10%
Monocitos	11.3*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	5.27	2.0 – 12.0 x10^3/uL
# Linfocitos	2.31	0.80 – 5.1 x10^3/uL
# Eosinófilos	0.30	0.04– 1.62 x10^3/uL
# Monocitos	0.96	0.10 – 1.83 x10^3/uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**7.04**	5.0 – 6.7x 10^6/uL
Hemoglobina	16.1	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	47.4	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	67.4	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.9	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)	14.7	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**189**	100 -500 x10^3/uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.6	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	12.1	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.22	0.02–0.50%.

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

720



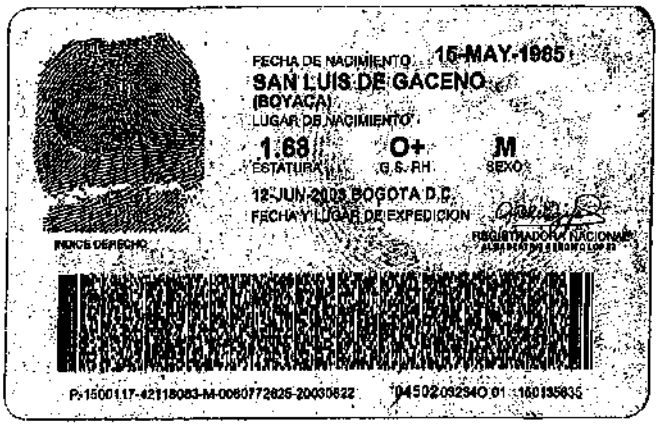
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.772.625

VERA PALACIOS
APELLIDOS

EDILSON FERNEY
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-1985
SAN LUIS DE GACENO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

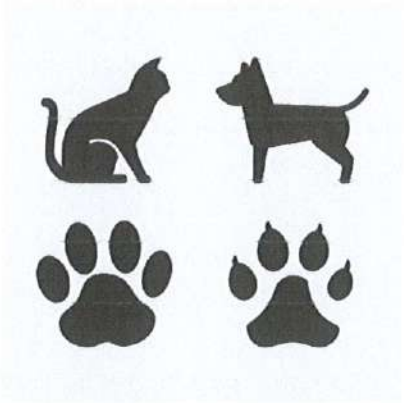
1.68 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

12-JUN-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500117-42118083-M-0080772625-20030822 0450202940 01 160135835



CANINOS HEMBRAS DE 0 Y MENORES A 20 KG

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

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Consusabuesos
• 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 7 : 32 a m

Yo, Mario Lopez Granados identificada cc 1002281218, con domicilio en Libertadores Bajo; propietario de Muñeca, especie canino, raza Mestizo, sexo H, edad 2años e historia clínica número 60.

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 Muñeca 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: Mario Lopez Granados

Tipo y documento: 1002281218

Firma: Mario Lopez G

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 · 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 8 : 30AM

Yo, Mario Lopez Granados identificada 1.002.281.218, con domicilio en Libertadores Bajo; propietario de Muñeca, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 2 años e historia clínica número 60.

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 Muñeca 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 ____ o rechazo ____ su proceso.

Nombre del propietario: Mario Lopez Granados

Tipo y documento: 1002281218

Firma: Mario Lopez G

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

724

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

CIRUGIA · CONSULTA · ODONTOLOGIA · VACUNACION · LABORATORIO · HOSPITALIZACION · RAYOS X Y ECOGRAFIA

HISTORIA CLINICA

Fecha: 18 Jul /26 **No.** 60

Propietario: X **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Mario Lopez Granados

Documento: 1.002.281.218 **Dirección:** Libertadores Bajo **Telefono:** 3144803269

Correo electronico:

PACIENTE: Murrea **Nacimiento:** 26/Jul/2024 **Sexo:** H

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 14 Kg

Color: Colorado **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

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

Cirugias previas:

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

Vermifugaciones:
Ultima fecha: 6 meses
Producto: NR

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

ACTITUD
Temperamento: Activo
T° 38.4 °C
FC 75 rpm
FR 20 ppm
C.C. 3/5
Mucosas: Rosas
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:
N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
18 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consuabuesos@gmail.com

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 18/07/2026	**SID:** 13352	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: MUÑECA	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: MARIO LOPEZ GRANADOS	**Edad:** 2 AÑOS	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**16.52**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	49.5*	60-83%
Linfocitos	38.5*	12-30%
Eosinófilos	2.5	0.5-10%
Monocitos	12.0*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	8.18	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	6.36*	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.41	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.98	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.77**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	14.8	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	47.2	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	69.7	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	21.9	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)	14.8	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**344**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.2	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	11.6	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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.002.281.218

LOPEZ GRANADOS
APELLIDOS

MARIO
NOMBRES

Mario Lopez G.
FIRMA





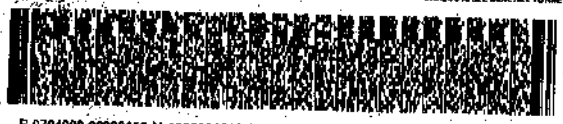
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-1991
CAMPOHERMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

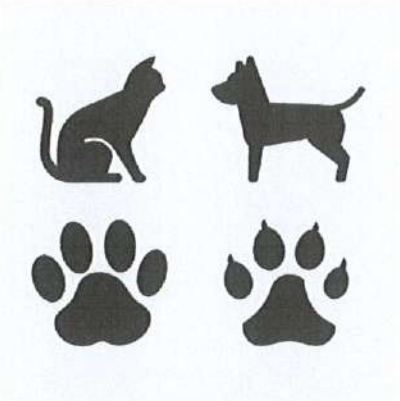
1.60 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

12-ENE-2010 CAMPOHERMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0704000-00232158-M-1002281218-20100406 0021931080A 1 30149384



CANINOS HEMBRAS DE 0 Y MENORES A 20 KG

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

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
CONSUSABUESOS
· 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 7:45AM

Yo, Yasmin Valenzuela identificada 40341998, con domicilio en Aguablanca; propietario de Paris, especie canino, raza Mestizo, sexo H, edad 4años e historia clínica número 62.

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 Paris 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: Jazmin Andrea Valenzuela Calderon

Tipo y documento: CC 40.341998.

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: 3133992886

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

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

Yo, Jazmin Valenzuela identificada CC 40341998, con domicilio en Aguablanca; propietario de Paris, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 4 años e historia clínica número 62.

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 Paris 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: Jazmin Andrea Valenzuela Calderón

Tipo y documento: CC 40341998

Firma: Jazmin Valenzuela

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 18 Jul 26 No. 62

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

Documento: 40341998 Dirección: Aguablanca Telefono: 3152587290

Correo electronico:

PACIENTE: Paris Nacimiento: 2022 Jul Sexo: H

Especie: canino Raza: Mestizo Peso: 17 Kg

Color: Cafe-Negro Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: 1 Ultimo celo: Junio 26

Cirugias previas:

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

Vermifugaciones:
Ultima fecha: 1 mes
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	75 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. Oidos			
TLLC:	2"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
18 Jul	CH	APobado

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

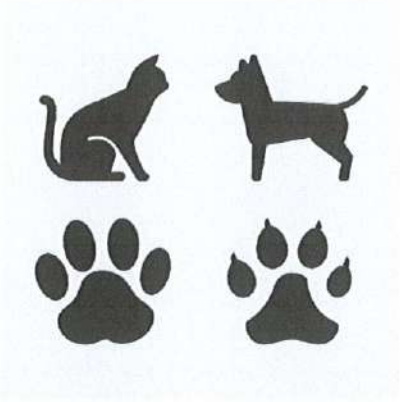
REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 18/07/2026	**SID:** 13346	**Lugar:** Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: PARIS	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO	
Dueño: YASMIN VALENZUELA	**Edad:** 4 AÑOS	**Sexo:** HEMBRA	

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**6.45**	5.32 – 16.50 x10³/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	71.4	60-83%
Linfocitos	19.1	12-30%
Eosinófilos	3.3	0.5-10%
Monocitos	9.5*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	4.61	2.0 – 12.0 x10³ /uL
# Linfocitos	1.23	0.80 – 5.1 x10³ /uL
# Eosinófilos	0.21	0.04– 1.62 x10³ /uL
# Monocitos	0.61	0.10 – 1.83 x10³ /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	5.75	5.0 – 6.7x 10⁶ /uL
Hemoglobina	12.5	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	33.1	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	67.6	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.2	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	32.8	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	14.9	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	149	100 -500 x10³ /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.2	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	16.7	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



CANINOS HEMBRAS 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 18 de 2026, siendo las 8 : 45 am

Yo, Nury Cruz identificada CC 1118 198421, con domicilio en Delicias; propietario de Luna, especie Canina, raza Mestizo, sexo H, edad 19 meses e historia clínica número 73.

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 Luna 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: Nury Cruz Morales

Tipo y documento: CC. 1'118.198.421

Firma: Nury Cruz M.

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: 3133992883

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Consusabuesos
· CIRUGIA · CONSULTA · GUARDERIA · VACUNACION · 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 12 de 2026, siendo las 10 : 30 a m

Yo, Nury Cruz identificada CC 1.118.198.421, con domicilio en Delicias; propietario de Luna, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 14 meses e historia clínica número 73.

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 Luna 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 Ivan 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: Nury Cruz Morales

Tipo y documento: CC: 1.118.198.421

Firma: Nury Cruz M.

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 18 Jul /26 **No.** 73

Propietario: X **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Nury Cruz

Documento: 1.118.198.421 **Dirección:** Delicias **Telefono:** 3112755632

Correo electronico:

PACIENTE: Luna **Nacimiento:** 18-Mar-2025 **Sexo:** H

Especie: Canina **Raza:** Mestizo **Peso:** 6.5 Kg

Color: Café **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

Esterilizado: Si:___ No X **No. Partos:** 0 **Ultimo celo:** Febrero 2026

Cirugias previas:

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

Vermifugaciones:

Ultima fecha: Mayo 2026

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° 38.7	°C	1. Estado general			
FC 97	rpm	2. Hidratación			
FR 20	ppm	3. Piel y pelaje			
C.C. 3/4		4. Musculo esquelético			
Mucosas: Rosas		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. Oidos			
		14. Nariz			

Hallazgos anormales:

N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
18 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:	18/07/2026	**SID:**	13353	**Lugar:**	Darilab S.A.S
Origen muestra:	Traída al laboratorio	**Médico veterinario:**	KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente:	LUNA	**Especie:**	CANINO	**Raza:**	MESTIZO
Dueño:	NURY CRUZ	**Edad:**	14 MESES	**Sexo:**	HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**11.19**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	62.9	60-83%
Linfocitos	26.4	12-30%
Eosinófilos	2.0	0.5-10%
Monocitos	8.7	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	7.04	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	3.16	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.22	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	0.97	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.44**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	15.0	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	45.3	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	70.3	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	23.3	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)	15.4	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**290**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.9	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	15.9	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.37	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 **1.118.198.421**
CRUZ MORALES

APELLIDOS
NURY NAELFA

NOMBRES

Nury Cruz M.

FIRMA





INDICE DERECHO

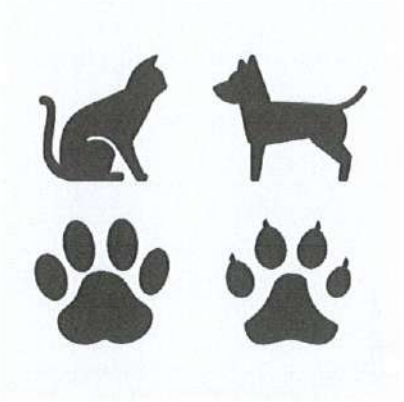
FECHA DE NACIMIENTO **12-FEB-1993**
TAURAMENA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-MAY-2011 VILLANUEVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-4688000-00371392-F-1118198421-20110630 0027323677A 1 36543272



CANINOS HEMBRAS 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

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 13 de 2026, siendo las 9 : 20 a.m.

Yo, Deysi Vargas identificada CC 1115916161, con domicilio en Delicias; propietario de Everes, especie Canina, raza Mestizo, sexo H, edad 6 meses e historia clínica número 74.

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 Everes 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: C.C. 1115916161

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
· 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 20 de 2026, siendo las 10 : 22 am

Yo, Deysi Vargas identificada CC 1.115.916.161, con domicilio en Delicias; propietario de Eveles, especie Canina, raza Mestizo, sexo H, edad 6 meses e historia clínica número 74.

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 Eveles 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 Tasco 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: Deysi Vargas

Tipo y documento: C.C. 1115916161

Firma:

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

CIRUGIA · CONSULTA · GUARDERIA · VACUNACION · LABORATORIO · PEQUEÑA ESPECIES · BAÑO Y PELUQUERIA · ATENCION A DOMICILIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 18 jul/26 **No.** 74

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

Documento: 1115916161 **Dirección:** Delicias **Telefono:** 3133564595

Correo electronico:

PACIENTE: Everes **Nacimiento:** 15Ene/26 **Sexo:** H

Especie: Canina **Raza:** Mestizo **Peso:** 14.2kg

Color: Negro-café **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ____ No X **No. Partos:** 0 **Ultimo celo:** NO

Cirugias previas:

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

Vermifugaciones:
Ultima fecha: 17 JUNIO 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: Activo

			N	A	NE
T° 38.6	°C	1. Estado general			
FC 90	rpm	2. Hidratación			
FR 12	ppm	3. Piel y pelaje			
C.C. 3/5		4. Musculo esquelético			
Mucosas: Rosas		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:
18 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

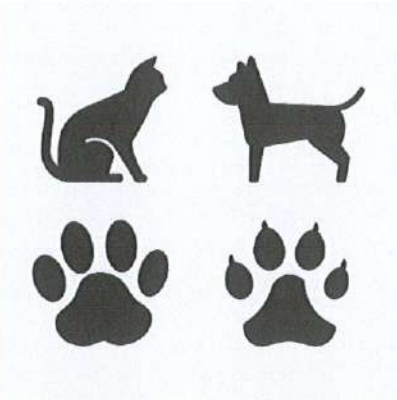
REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 18/07/2026	**SID:** 13358	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: EVERES	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: DEISY VARGAS	**Edad:** 6 MESES	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**12.27**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	51.5*	60-83%
Linfocitos	38.6	12-30%
Eosinófilos	2.9	0.5-10%
Monocitos	9.9*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	6.32	2.0 – 12.0 x10^3/uL
# Linfocitos	4.74	0.80 – 5.1 x10^3/uL
# Eosinófilos	0.36	0.04– 1.62 x10^3/uL
# Monocitos	1.21	0.10 – 1.83 x10^3/uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**4.69**	5.0 – 6.7x 10^6/uL
Hemoglobina	10.0*	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	31.3	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	66.7	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	2.3	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)	15.7	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**203**	100 -500 x10^3/uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	13.1	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	17.2	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.27	0.02–0.50%.

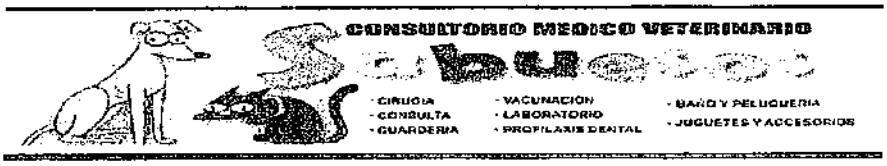
Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS

743



CANINOS HEMBRAS 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 18 de 2026, siendo las 10 : 40 am

Yo, Antonio Roa identificada 7063066, con domicilio en Rural; propietario de Eli, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 2 años e historia clínica número 77.

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 Eli 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: Antonio Roa

Tipo y documento: C.C. 7063066

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
· CIRUGÍA · 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 9 : 35 a m

Yo, Antonio Roa identificada 7063066, con domicilio en Rainal; propietario de El, especie Canina, raza Mestizo, sexo H, edad 2 años e historia clínica número 77.

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 El 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: Antonio Roa

Tipo y documento: 7063066 C.C.

Firma:

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 18 jul No. 77

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Antonio Roa

Documento: 7063066 Dirección: Bazal Telefono: 3134411051

Correo electronico: ____

PACIENTE: Eli Nacimiento: Ago / 2014 Sexo: H

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 13.4 Kg

Color: chocolate-Blanco Señales particulares: ____

Fin zootecnico: ____ Origen/Procedencia: ____

Anamnesis: Aborto apx 1 mes

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: 2 Ultimo celo: 7 mes

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° 39.2	°C	2. Hidratación	X			9. S. Reproductivo		X	
FC 102	rpm	3. Piel y pelaje	X			10. Ganglios linfáticos	X		
FR 32	ppm	4. Musculo esquelético		X		11. S. Nervioso	X		
C.C. 2-3/5		5. S. Respiratorio	X			12. Ojos	X		
Mucosas:	palidas	6. S. Cardiovascular	X			13. Oidos	X		
TLLC:	2"	7. S. Digestivo	X			14. Nariz	X		

Hallazgos anormales: Buen Condicion Corporal glandula mamaria desarrollada, vagina inflamada levemente Orina con trazos ocasionales sanguinea.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
18 jul	UH	Aprobado

e-mail: consusobuenos@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: 18/07/2026 **SID:** 13357 **Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio **Médico veterinario:** KAREN CISNEROS
Nombre Paciente: ELI **Especie:** CANINO **Raza:** MESTIZO
Dueño: ANTONIO ROA **Edad:** 2 AÑOS **Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**6.94**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	70.6	60-83%
Linfocitos	20.8	12-30%
Eosinófilos	3.6	0.5-10%
Monocitos	9.6*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	6.34	2.0 – 12.0 x10^3/uL
# Linfocitos	2.83	0.80 – 5.1 x10^3/uL
# Eosinófilos	0.47	0.04– 1.62 x10^3/uL
# Monocitos	0.88	0.10 – 1.83 x10^3/uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.77**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	12.1	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	39.1	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	67.2	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	21.6	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	32.8	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	**106**	100 -500 x10^3/uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.4	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	20.2	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.24	0.02–0.50%.

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



CANINOS HEMBRAS DE 0 Y MENORES A 20 KG

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Consu Huesos

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

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 18 de 2026, siendo las 11 : 05 a m

Yo, Numa Morales identificada cc 24231821, con domicilio en Delicias; propietario de Duquesa, especie Canina, raza Mestizo, sexo H, edad 11 meses e historia clínica número 78.

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 Duquesa 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: Numa Morales

Tipo y documento: C.C. 24231821

Firma: Numa Morales J.

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

-15-

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 22 de 2026, siendo las 10 : 06 a.m

Yo, Numa Morales identificada cc 24231821, con domicilio en Delicias ; propietario de Duquesa, especie Canina, raza Mestizo, sexo H, edad 14 meses e historia clínica número 78.

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 Duquesa 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: Numa Morales

Tipo y documento: 24231821

Firma: Numa Morales J.

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

751

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

CIRUGIA · CONSULTA · GUARDERIA · VACUNACIONES · LABORATORIOS · RAYOS X Y ECOGRAFIA

HISTORIA CLINICA

Fecha: 13 / 1 / 26 No. 78

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Numa Morales

Documento: 24231821 Dirección: Delicias Telefono:

Correo electronico:

PACIENTE: Duquesa Nacimiento: Mayo 25 Sexo: H

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 10.2 kg

Color: Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis: Un año atras diagnostico Erlichia.

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: 0 Ultimo celo: Febrero 2026

Cirugias previas:

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

Vermifugaciones:
Ultima fecha: Mayo 2026
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	95 rpm	3. Piel y peloje				10. Ganglios linfáticos			
FR	18 ppm	4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso			
C.C.	3/5	5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosas:	Rosas	6. S. Cardiovascular				13. Oídos			
TLLC:	2"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

Ninguno

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
18 jul	CH	Aprobado

e-mail: consultaoscos@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: 18/07/2026	**SID:** 13355	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: DUQUESA	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: NUMA MORALES	**Edad:** 14 MESES	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**9.07**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	60.9	60-83%
Linfocitos	30.5*	12-30%
Eosinófilos	2.8	0.5-10%
Monocitos	8.6	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	5.53	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	2.76	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.25	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	0.78	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.71**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	14.4	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	44.2	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	65.9	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	21.4	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)	14.5	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**224**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.4	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	11.5	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.26	0.02–0.50%.

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

753

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.231.821**

MORALES JIMENEZ
APELLIDOS

NUMA YANILDA
NOMBRES

Numa Yanilda Morales J.
FIRMA





INDICE DERECHO

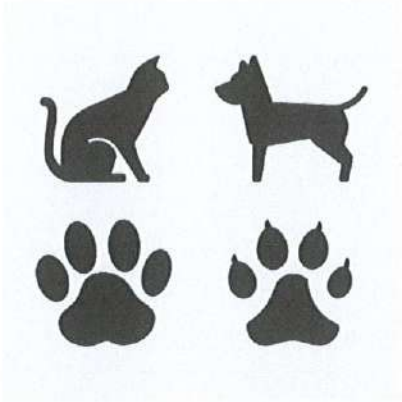
FECHA DE NACIMIENTO **03-FEB-1980**
TAURAMENA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-MAY-1998 MONTERREY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-4654000-00161216-F-0024231821-20090703 0013030280A 1 30691937



CANINOS HEMBRAS 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 : 45 a.m

Yo, María Arévalo identificada CC 1006534335, con domicilio en Primavera; propietario de Kiara, especie canino, raza Mestizo, sexo H, edad 9meses e historia clínica número 80.

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 Kiara 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 ARÉVALO GONZALEZ

Tipo y documento: CC 1006534335

Firma: María Arévalo

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
· 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 24 de 2026, siendo las 10 : 50 am

Yo, Maria Arevalo identificada CC 1006534335, con domicilio en Primavera; propietario de Kiara, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 9 meses 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 Kiara 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 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: MARIA JULIANA 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 · CLINICA · ECOGRAFIA | VACUNACION · LABORATORIO · MEDICAMENTOS | BANO Y PELUQUERIA · JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 22 Jul /26 No. 80

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Maria Arévalo

Documento: 1006534335 Dirección: Primavera Telefono: 3124375776

Correo electronico: ____

PACIENTE: Kiara Nacimiento: 20/oct/25 Sexo: H

Especie: canino Raza: Mestizo Peso: 8.8 kg

Color: Negro - cafe Señales particulares: ____

Fin zootecnico: ____ Origen/Procedencia: ____

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: NO Ultimo celo: 30 JUN 26

Cirugias previas:

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

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			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Activo	1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	38.9 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	105 rpm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos			
FR	22 ppm	4. Musculo-esquelético				11. S. Nervioso			
C.C.	4/5	5. S. Respiratorio				12. Ojos			
Mucosas:	Rosadas	6. S. Cardiovascular				13. Oidos			
TLLC:		7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

NR

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:** 13396	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: KIARA	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: MARIA AREVALO	**Edad:** 9 MESES	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**13.94**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	46.2*	60-83%
Linfocitos	42.4*	12-30%
Eosinófilos	2.5	0.5-10%
Monocitos	11.4*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	6.45	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	5.91*	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.35	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.58	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.59**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	15.2	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	46.4	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	70.3	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	23.0	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)	14.5	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**394**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.6	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	10.9	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.42	0.02–0.50%.

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

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

0854797 48

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

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

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

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



CANINOS HEMBRAS 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
- VACUNACIÓN
- 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 8:05 am

Yo, Elizabeth Sepulveda identificada cc 52.381 661, con domicilio en Vda. Cabañas; propietario de Rutera, especie Canino raza Mestizo, sexo H, edad 8 años e historia clínica número 83.

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 Rutera 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 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. _____

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 PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 22 de 2026, siendo las 10 : 38 am

Yo, Elizabeth Sepulveda identificada cc 52.381 661, con domicilio en Cabañas; propietario de Rufro, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 8 años e historia clínica número 83.

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 Rufro 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 52381661

Firma:

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 22 Jul 26 No. 83

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

Documento: 52381661 Dirección: Vda. Cabamus Telefono: 3115950542

Correo electronico:

PACIENTE: Rutero Nacimiento: 2018 Sexo: H

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 14.8kg

Color: Blanca | Negra Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis: Animal de comuna, alimentada por locales del sector, puntos constantes

Esterilizado: Si: ___ No X Nº. Partos: NR Ultimo celo: 4 meses

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

Hallazgos anormales: Plaquetas un poco por debajo de valor de referencia, condición corporal baja

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
22 Jul	CH	A probada

e-mail: consuabuesos@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**: 13399	**Lugar**: Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario**: KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: RUTERA	**Especie**: CANINO	**Raza**: MESTIZO	
Dueño: ELIZABETH GOMEZ	**Edad**: 8 AÑOS	**Sexo**: HEMBRA	

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**6.01**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	49.8*	60-83%
Linfocitos	36.1*	12-30%
Eosinófilos	1.8	0.5-10%
Monocitos	14.1*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	3.0	2.0 – 12.0 x10^3/uL
# Linfocitos	2.17	0.80 – 5.1 x10^3/uL
# Eosinófilos	0.11	0.04– 1.62 x10^3/uL
# Monocitos	0.84	0.10 – 1.83 x10^3/uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**3.39**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	7.2	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	25.4	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	75.0	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	21.3	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	28.4	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	**64***	100 -500 x10^3/uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	13.7	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	22.0	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.04	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 HEMBRAS DE 0 Y MENORES A 20 KG

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

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Consu 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

Tauramena, julio 22 de 2026, siendo las 9 : 30 am

Yo, Luz Ayda Carabali identificada cc 25618479, con domicilio en La Reducion ; propietario de Niña, especie canino, raza Mestizo, sexo H, edad 3 años e historia clínica número 87.

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 Niña 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: Luz Ayda Carabaly

Tipo y documento: 25618479

Firma: Luz Ayda Carabaly

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 27 de 2026, siendo las 10:08 a m

Yo, Luz Ayda Carabali identificada CC 25618479, con domicilio en La Bendicion; propietario de Niña, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 3 años e historia clínica número 87.

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 Niña 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 21697, 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: Luz Ayda Carabaly

Tipo y documento: 25618479

Firma: Luz Ayda carabaly

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

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 22 Jul /26 **No.** 87

Propietario: X **Responsable:** _____ **Nombre y apellido:** Luz Ayda Carabali

Documento: 25618479 **Dirección:** La Bendición **Telefono:** 3216091201

Correo electronico: _____

PACIENTE: Niña **Nacimiento:** 2023 **Sexo:** H

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 12.4kg

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

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

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** _____ **Ultimo celo:** Marzo 26

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	97 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. Oídos			
TLLC:	2"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

N/R

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
22 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consuasbuoses@gmail.com

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 22/07/2026	**SID:** 13403	**Lugar:** Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: NIÑA CARABALI	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO	
Dueño: LUZ AYDA CARABALI	**Edad:** 3 AÑOS	**Sexo:** HEMBRA	

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**13.34**	5.32 – 16.50 x10³/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	59.1	60-83%
Linfocitos	24.9	12-30%
Eosinófilos	1.5	0.5-10%
Monocitos	16.0*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	7.69	2.0 – 12.0 x10³ /uL
# Linfocitos	3.32	0.80 – 5.1 x10³ /uL
# Eosinófilos	0.20	0.04– 1.62 x10³ /uL
# Monocitos	2.13	0.10 – 1.83 x10³ /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.15**	5.0 – 6.7x 10⁶ /uL
Hemoglobina	14.3	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	43.0	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	69.9	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	23.3	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	33.3	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	14.1	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**73***	100 -500 x10³ /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	9.7	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	9.9	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.07	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 **25.618.479**
CARABALI ROSERO

APELLIDOS
LUZ AYDA

NOMBRES
Luz Ayda Carabalí R.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-JUL-1982**
PUERTO TEJADA
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-DIC-2001 PUERTO TEJADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1106400-00130820-F-0025618479-20061123 0008781696A 2 2780B149



CANINOS HEMBRAS 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
- VACUNACIÓN
- 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 9:38 am

Yo, Elizabeth Sepulveda identificada CC 52 381 661, con domicilio en Vda. Cabañas; propietario de Mechas, especie Canino, raza Mestiza, sexo H, edad 3 años e historia clínica número 90.

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 Mechas 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: 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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 22 de 2026, siendo las 11:45 am

Yo, Elizabeth Sepulveda identificada CC 52381661, con domicilio en Via. Cabanas; propietario de Mechas, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 3 años e historia clínica número 90.

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 Mechas 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: Elizabeth Sepulveda

Tipo y documento: CC 52381661

Firma:

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 22 Jul 26 No. 90

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

Documento: 52381661 Dirección: Vda. Cabuyal Telefono: 311 381 05 92

Correo electronico:

PACIENTE: Mechas Nacimiento: Jul 2023 Sexo: H

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 8.4 kg

Color: Gris / Negro Señales particulares:

Fin zootecnica: Origen/Procedencia:

Anamnesis: Canino Comunal

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

Cirugias previas:

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

Vermifugaciones:
Ultima fecha: —
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° 38.8	°C	1. Estado general	X		
FC 105	rpm	2. Hidratación	X		
FR 19	ppm	3. Piel y pelaje	X		
C.C. 3/5		4. Musculo esquelético	X		
Mucosas: Rosas		5. S. Respiratorio	X		
TLLC: 2"		6. S. Cardiovascular	X		
		7. S. Digestivo	X		
		8. S. Urinario	✓		
		9. S. Reproductivo	X		
		10. Ganglios linfáticos	X		
		11. S. Nervioso	X		
		12. Ojos	X		
		13. Oídos	X		
		14. Nariz	X		

Hallazgos anormales:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
22 jul	UH	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:** 13410	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: NECHAS	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: ELIZABETH GOMEZ	**Edad:** 3 AÑOS	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**15.38**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	50.3*	60-83%
Linfocitos	39.1*	12-30%
Eosinófilos	0.8	0.5-10%
Monocitos	10.6*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	7.74	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	6.01*	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.12	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.63	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.15**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	14.9	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	45.1	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	73.1	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	24.2	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)	13.9	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**168**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.8	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	13.5	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.22	0.02–0.50%.

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



CANINOS HEMBRAS 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 PARA CIRUGIA

Tauramena, Julio 22 de 2026, siendo las 01:40 pm

Yo, Nilfa Torres identificada CC 23726231, con domicilio en Cabañas; propietario de Shakira, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 8 años e historia clínica número 92.

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 Shakira 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 22760, 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: Nilfa Torres

Tipo y documento: 23726231

Firma:

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

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 22 de 2026, siendo las 9 : 10 am

Yo, Nilfa Torres identificada 23726231, con domicilio en Cabañas; propietario de Shakira, especie Canino raza Mestizo, sexo H, edad 8 años e historia clínica número 92.

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 Shakira 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: Nilfa Torres

Tipo y documento: 23726231

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: 3133928863



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

CIRUGIA · CONSULTA · HOSPITALIZACION · VACUNACION · LABORATORIO · PEQUEÑAS ESPECIES · BANCO DE SANGRE · IMAGENOLOGIA

HISTORIA CLINICA

Fecha: 22 jul /26 **No.** 92

Propietario: X **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Nilfa Torres

Documento: 23726231 **Dirección:** Cabañas **Telefono:** 3213413358

Correo electronico: ____

PACIENTE: Shakira **Nacimiento:** Mar 20/2018 **Sexo:** H

Especie: canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 10.6 kg

Color: Negro **Señales particulares:** ____

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

Anamnesis: Animal de sector comunitario constantes partos alimentación por vecinos del sector.

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** 3 **Ultimo celo:** 3 meses

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:	1. Estado general	X			8. S. Urinario			
T° 38.3 °C	2. Hidratación	X			9. S. Reproductivo			
FC 80 rpm	3. Piel y pelaje	X			10. Ganglios linfáticos			
FR 20 ppm	4. Musculo esquelético	X			11. S. Nervioso			
C.C. 4/5	5. S. Respiratorio	X			12. Ojos			
Mucosas: Pulidas	6. S. Cardiovascular	X			13. Oidos			
TLLC:	7. S. Digestivo	X			14. Nariz			

Hallazgos anormales: Mucosas pulidas,

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
22 jul	CH	Plaquetas bajas

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 22/07/2026	**SID:** 13407	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: SHAKIRA	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: NILFA TORRES	**Edad:** 8 AÑOS	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**16.75***	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	46.7*	60-83%
Linfocitos	25.8	12-30%
Eosinófilos	7.2	0.5-10%
Monocitos	27.5**	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	7.83	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	4.32	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	1.21	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	4.60**	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**7.12**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	15.3	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	47.2	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	66.2	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	21.5	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	32.4	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	**57***	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.5	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	12.6	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.05	0.02–0.50%.

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



CANINOS HEMBRAS 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 9:15 am

Yo, Nilfa Torres identificada cc 23726231, con domicilio en Cabañas; propietario de Gocha, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 1 año e historia clínica número 93.

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 Gocha 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: Nilfa Torres

Tipo y documento: 23726231

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: 3133992863

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
- 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 22 de 2026, siendo las 2 : 00 pm

Yo, Nilfa Torres identificada cc 23726231, con domicilio en Cabañas; propietario de Gocha, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 1 año e historia clínica número 93.

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 Gocha 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 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: Nilfa Torres

Tipo y documento: 23726231

Firma: _____

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

CIRUGIA CLINICA GUARDERIA | VACUNACION CONSULTA EXTERNA | BAÑO Y PELUQUERIA ASEO DE OIDOS Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 22 Jul/26 **No.** 93

Propietario: X **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Nilfa Torres

Documento: 23726231 **Dirección:** Cabañas **Telefono:** 3213413358

Correo electronico:

PACIENTE: Gocha **Nacimiento:** May/25 **Sexo:** H

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 14.8Kg

Color: Negro-Cafe **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

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

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: Temperamento: Activo

			N	A	NE
T° 28.6	°C	1. Estado general			
FC 95	rpm	2. Hidratación			
FR 23	ppm	3. Piel y pelaje			
C.C. 4/5		4. Musculo esquelético			
Mucosas: Rosadas		5. S. Respiratorio			
TLLC: 2"		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:

Ninguno

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
22 Jul	CH	Aprobado

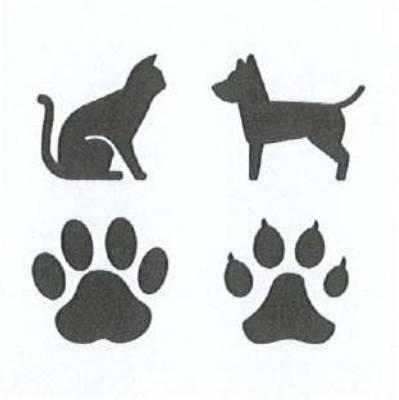
DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 22/07/2026 **SID:** 13408 **Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio **Médico veterinario:** KAREN CISNEROS
Nombre Paciente: GOCHA **Especie:** CANINO **Raza:** MESTIZO
Dueño: NILFA TORRES **Edad:** 1 AÑO **Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**14.33**	5.32 – 16.50 x10³/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	57.1*	60-83%
Linfocitos	34.2	12-30%
Eosinófilos	3.2	0.5-10%
Monocitos	8.7	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	8.19	2.0 – 12.0 x10³ /uL
# Linfocitos	4.90	0.80 – 5.1 x10³ /uL
# Eosinófilos	0.46	0.04– 1.62 x10³ /uL
# Monocitos	1.24	0.10 – 1.83 x10³ /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**7.07**	5.0 – 6.7x 10⁶ /uL
Hemoglobina	17.0	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	51.7	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	73.1	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	24.0	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)	14.8	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**320**	100 -500 x10³ /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	9.0	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	9.6	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



CANINOS HEMBRAS 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 10:05 a m

Yo, Daniela Torres identificada CC 1.115.918.071, con domicilio en Refugio Annal; propietario de Chata, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 1 año e historia clínica número 98.

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 Chata 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: 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
Celi: 31339928863

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 23 de 2026, siendo las 2 : 10 pm

Yo, Daniela Tores, identificada CC 1.115.918.071, con domicilio en Refugio Animal; propietario de Chata, especie canino, raza Mestizo, sexo H, edad 1 año e historia clínica número 98.

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 Chata 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: Daniela Tores

Tipo y documento: 1115918071

Firma: Daniela Tores

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 23/07/2026 **No.** 98

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

Documento: 1115918071 **Dirección:** B. municipal **Telefono:** 3213841263

Correo electronico: danielatoga97@gmail.com

PACIENTE: Chata **Nacimiento:** NR **Sexo:** H

Especie: Canina **Raza:** Mestiza **Peso:** 10.8kg

Color: Negra **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis: Animal capturado en condicion de calle sector comunitario en avistamiento hace apx. 20 dias

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

Cirugias previas:

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

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR.
Producto:

Tratamientos recientes: NR.

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

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD: Temperamento: Activo

T°	38.3	°C	1. Estado general	X			8. S. Urinario	X		
FC	100	rpm	2. Hidratación	X			9. S. Reproductivo	X		
FR	40	ppm	3. Piel y pelaje	X			10. Ganglios linfáticos	X		
C.C.	4/5		4. Musculo esquelético	X			11. S. Nervioso	X		
Mucosas:	Pal. congestiva		5. S. Respiratorio	X			12. Ojos	X		
TLLC:	1"		6. S. Cardiovascular	X			13. Oidos	X		
			7. S. Digestivo	X			14. Nariz	X		

	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: Condicion externa buena condicion apta para cirugia. Plaquetas muy bajas en control hematico.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
23 jul	CH	Plaquetas muy bajas

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:** 13427	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: CHATA	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: DANIELA TORRES	**Edad:** 1 AÑO	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**8.20**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	54.6*	60-83%
Linfocitos	35.0	12-30%
Eosinófilos	3.7	0.5-10%
Monocitos	10.4*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	4.48	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	2.87	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.31	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	0.85	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.35**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	10.8	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	35.5	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	66.3	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	20.3	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	30.6	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	19.7*	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**49***	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.7	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	16.9	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.03	0.02–0.50%.

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



CANINOS HEMBRAS 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 9:00 a m

Yo, Frenyr Serrate identificada cc 33 625 536, con domicilio en Aceite Alto; propietario de Sacha, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 6 años e historia clínica número 99.

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.

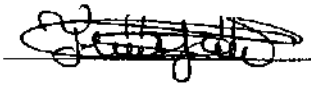
Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Sacha 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: Frenyr Yiseth. Serrate

Tipo y documento: cc. 33.625536

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 23 de 2026, siendo las 2 : pm

Yo, Frenyr Serrate identificada cc 33 625 536, con domicilio en Aceite Alto; propietario de Sacha, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 6 años e historia clínica número 99.

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 Sacha 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 2169?, 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: Frenyr Yiseth Serrate

Tipo y documento: cc. 33.625536

Firma: _____

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 23 jul /26 **No.** 99 - 099

Propietario: X **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Frenyr Serrate

Documento: 33625536 **Dirección:** Arete Alto **Telefono:** 3132318437

Correo electronico:

PACIENTE: Sacha **Nacimiento:** 2020 **Sexo:** H.

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 12.2 Kg.

Color: Negro **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis: Secreción, Fluidos amarillo - Sangroso via vaginal hace apx. 4 dias

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** — **Ultimo celo:** 3 meses

Cirugias previas: —

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

Rabia:

Otras:

Vermifugaciones:

Ultima fecha: Feb/2026

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: Decaida		1. Estado general		X		8. S. Urinario		X	
T° 38.9	°C	2. Hidratación	X			9. S. Reproductivo		X	
FC 80	rpm	3. Piel y peloje	X			10. Ganglios linfáticos	X		
FR 20	ppm	4. Musculo esquelético		X		11. S. Nervioso	X		
C.C 3/5		5. S. Respiratorio		X		12. Ojos	X		
Mucosas: palidas		6. S. Cardiovascular	X			13. Oidos	X		
TLLC: 2"		7. S. Digestivo	X			14. Nariz	X		

Hallazgos anormales: Utero lleno contenido purulento a palpacion vaginal

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
23 jul	CH	Aprobado por diagnostico presuntivo piometra

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:** 13430	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: SACHA	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: FRENYR YISETH SERRATE	**Edad:** 6 AÑOS	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**22.67***	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	85.5*	60-83%
Linfocitos	5.6*	12-30%
Eosinófilos	1.2	0.5-10%
Monocitos	8.9	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	19.39**	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	1.26	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.27	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	2.02	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**3.64**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	7.3	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	23.4	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	64.3	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	19.9	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)	17.2	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**135**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	9.8	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	11.5	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

REGISTRADURIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 33.625.536
CERVANTE CANACUE

APELLIDOS

LENNYR YISETH

NOMBRES



FIRMA



HUELLA DEL CNU

FECHA DE NACIMIENTO 03-NOV-1984
VILLANUEVA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 A- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-MAR-2003 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-4085000-00844/1 F 0033625536-M-20160824 0050724-M-A 1 4535481



CANINOS HEMBRAS 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
- VACUNACIÓN
- 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 6:30AM

Yo, Olga Diaz identificada a 23467478, con domicilio en Las villas; propietario de Dulce, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 3 años e historia clínica número 100.

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 Dulce 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: Olga Diaz

Tipo y documento: 23467478

Firma: Olga.

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
Susabuesos
· 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 24 de 2026, siendo las 1:00PM

Yo, Olga Diaz identificada CC 23 467 478, con domicilio en Los villas; propietario de Dulce, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 3 años e historia clínica número 100.

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 Dulce 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: Olga Diaz

Tipo y documento: 23467478

Firma: Olga Diaz

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 24 Jul 26 No. 100

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Olga Lucia Diaz

Documento: 23467478 Dirección: Vda. Villas Telefono: 3105876270

Correo electronico: ____

PACIENTE: Duke Nacimiento: 2023 Sexo: H

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 3.4 kg

Color: Gris Señales particulares: ____

Fin zootecnico: ____ Origen/Procedencia: ____

Anamnesis:

Esterilizado: SI: ___ No X No. Partos: 1 Ultimo celo: NR

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:	Bueno	1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	38.1 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	85 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:	Rosas	6. S. Cardiovascular				13. Oidos			
TLLC:	1"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales: ____

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

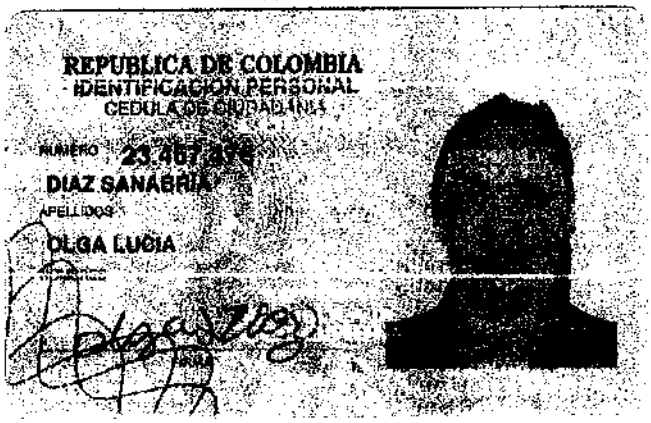
FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
24 Jul	CH	Aprobado

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 24/07/2026 **SID:** 13447 **Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio **Médico veterinario:** KAREN CISNEROS
Nombre Paciente: DULCE **Especie:** CANINO **Raza:** MESTIZO
Dueño: OLGA DIAZ **Edad:** 3 AÑOS **Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**7.17**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	42.1*	60-83%
Linfocitos	51.7*	12-30%
Eosinófilos	0.7	0.5-10%
Monocitos	6.2	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	3.02	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	3.71	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.05	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	0.44	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**9.63**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	14.7	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	46.6	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	48.4	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	15.2	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	31.5	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	17.6	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**130**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.9	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	16.2	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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

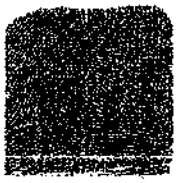
NUMERO 23.467.378

DIAZ SANABRIA

APELLIDOS

OLGA LUCIA

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 04-SEP-1974

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

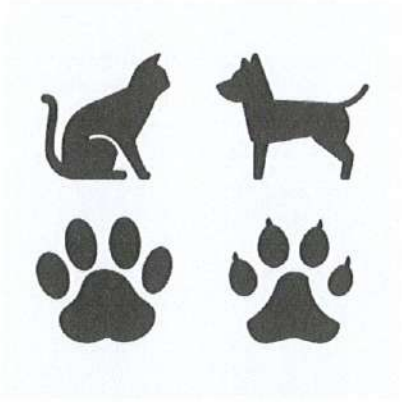
1.63 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

07-FEB-1994 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4685000-00152818-F-00234674 78-20090318 0010374106A 1 2867/5314



CANINOS HEMBRAS 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 11:08 am

Yo, Maria Aracely Molina identificada CC 23 467 627, con domicilio en B. Colinas; propietario de Carmela, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 3 años e historia clínica número 106.

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 Carmela 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 Molina

Tipo y documento: C.C. 23467627

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 25 de 2026, siendo las 3 : 00 pm

Yo, Maria Araceli M identificada CC 23 467 627, con domicilio en Colinas; propietario de Carmela, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 3 años e historia clínica número 106.

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 Carmela 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: Maria Palma

Tipo y documento: CC 23467627

Firma: _____

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

HISTORIA CLINICA

Fecha: 24 Jul 26 **No.** 106

Propietario: X **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Maria Arucely Molina

Documento: 23467627 **Dirección:** Colinas **Telefono:** 3204405953

Correo electronico: ____

PACIENTE: Carmela **Nacimiento:** 2023 **Sexo:** H

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 9.8Kg

Color: Amarillo **Señales particulares:** ____

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

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NO **Ultimo celo:** Marzo 26

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: Temperamento: Bravo

			N	A	NE
T° 38.9	°C	1. Estado general			
FC 75	rpm	2. Hidratación			
FR 20	ppm	3. Piel y pelaje			
C.C. 315		4. Musculo esquelético			
Mucosas: Rosas		5. S. Respiratorio			
TLLC: 2"		6. S. Cardiovascular			
		7. S. Digestivo			

	N	A	NE
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:
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:** 13452	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: CARMELA	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: ARACELY MOLINA	**Edad:** 3.6 AÑOS	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**9.44**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	68.6	60-83%
Linfocitos	22.5	12-30%
Eosinófilos	3.7	0.5-10%
Monocitos	8.9	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	6.45	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	2.12	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.35	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	0.84	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**7.61**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	17.2	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	50.9	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	69.2	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	23.5	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	35.0	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	**197**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.3	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	12.3	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.22	0.02–0.50%.

1

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



CANINOS HEMBRAS 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 24 de 2026, siendo las 3 : 05 pm

Yo, Sandra Sarmiento identificada cc 40 380 830, con domicilio en cll 10 # 10-64; propietario de Luna, especie Canino, raza Pinscher, sexo H, edad 20 mes e historia clínica número 108.

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 Luna. 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 Sarmiento S.

Tipo y documento: 40.380.830 V/cio

Firma: Sandra Sarmiento S.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 27 de 2026, siendo las 9:35AM

Yo, Sandra Sarmiento identificada CC 40 380 830, con domicilio en Cll 10#10-64; propietario de Luna, especie Canino, raza Pinscher, sexo H, edad 20 mes e historia clínica número 108.

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 Luna 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: Sandra Sarmiento S

Tipo y documento: 40.380.830 V/cio

Firma: Sandra Sarmiento S

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 24 jul 26 No. 108

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

Documento: 40380830 Dirección: cll 10#10-64 Telefono: 3202865725

Correo electronico:

PACIENTE: Luna Nacimiento: oct/2024 Sexo: H

Especie: Can Raza: Pinscher Peso: 5.5 kg

Color: Negro Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: — Ultimo celo: 1 jul 26

Cirugias previas:

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

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NR
Producto: NR

Tratamientos recientes:

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

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD: Temperamento: Bueno

T°	38.7	°C	1. Estado general				8. S. Urinario		
FC	78	rpm	2. Hidratación				9. S. Reproductivo		
FR	17	ppm	3. Piel y pelaje				10. Ganglios linfáticos		
C.C.	3/5		4. Musculo esquelético				11. S. Nervioso		
Mucosas:	Rosa		5. S. Respiratorio				12. Ojos		
TLLC:	1"		6. S. Cardiovascular				13. Oidos		
			7. S. Digestivo				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:** 13460	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: LUNA	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: SANDRA SARMIENTO	**Edad:** 20 MESES	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**18.87***	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	62.4	60-83%
Linfocitos	26.8	12-30%
Eosinófilos	3.0	0.5-10%
Monocitos	10.8*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	11.78	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	5.06	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.57	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	2.03*	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.73**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	14.2	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	43.9	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	76.6	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	24.5	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)	14.3	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**345**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	13.4	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	14.6	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 HEMBRAS 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
- VACUNACIÓN
- 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 2 : 20 pm

Yo, Milton Tolora identificada C 18 921 596, con domicilio en Libertadores; propietario de Nina, especie Canino raza Mestizo, sexo H, edad 14 mes e historia clínica número 110.

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 Nina 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: Milton Tolora

Tipo y documento: 18921596

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

8 19

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 28 de 2026, siendo las 2 : 00PM

Yo, Milton Tolora identificada CC 18 921 596, con domicilio en Libertadores; propietario de Nina, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 14 meses e historia clínica número 110.

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 Nina 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: Milton Tolora

Tipo y documento: 18921596

Firma:

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

BUOS

CIRUGIA · ODONTOLOGIA · VACUNACION · LABORATORIO · RADIOLOGIA · HOSPITALIZACION

HISTORIA CLINICA

Fecha: 24 Jul 2020 **No.** 110

Propietario: ____ **Responsable:** X **Nombre y apellido:** Milton Mendoza

Documento: 18921596 **Dirección:** Libertadores **Telefono:** 3212945830

Correo electronico:

PACIENTE: Niña **Nacimiento:** Mar 2025 **Sexo:** H

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

Color: Amarillo **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NO **Ultimo celo:** Marzo 26

Cirugias previas:

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

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
FC 80 rpm
FR 20 ppm
C.C. 3/5
Mucosas: Rosa
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:
24 Jul	CH	Aprobado

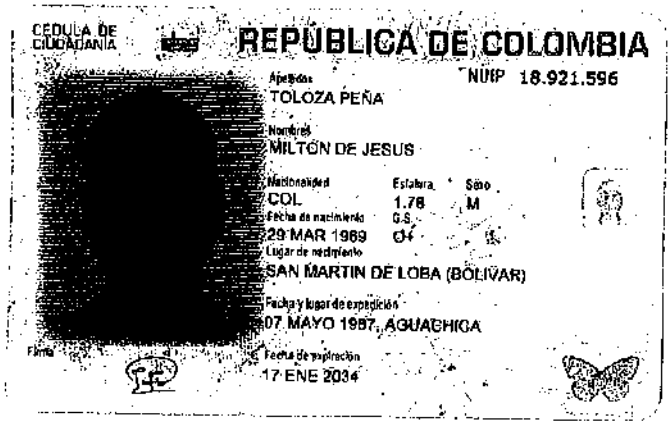
LABORATORIO VETERINARIO DARILAB IPS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 24/07/2026	**SID:** 13458	**Lugar:** Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: NIÑA	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO	
Dueño: MILTON TOLOZA	**Edad:** 14 MESES	**Sexo:** HEMBRA	

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**6.36**	5.32 – 16.50 x10³/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	65.1	60-83%
Linfocitos	25.5	12-30%
Eosinófilos	7.2	0.5-10%
Monocitos	9.4*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	4.15	2.0 – 12.0 x10³ /uL
# Linfocitos	1.62	0.80 – 5.1 x10³ /uL
# Eosinófilos	0.46	0.04– 1.62 x10³ /uL
# Monocitos	0.59	0.10 – 1.83 x10³ /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.89**	5.0 – 6.7x 10⁶ /uL
Hemoglobina	13.3	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	43.0	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	73.1	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.6	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)	15.7	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	114	100 -500 x10³ /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.4	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	15.5	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.03	0.02–0.50%.

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



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 18.921.596

Apellidos
TOLOZA PEÑA

Nombres
MILTON DE JESUS

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.78	M

Fecha de nacimiento
29 MAR 1969

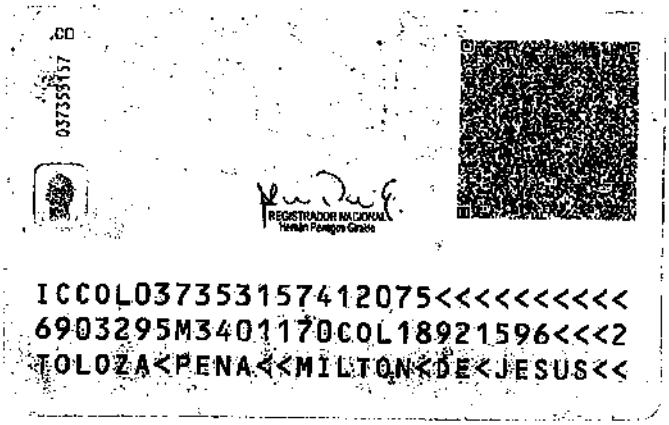
G.S. O+

Lugar de nacimiento
SAN MARTIN DE LOBA (BOLIVAR)

Fecha y lugar de expedición
07 MAYO 1987, AGUACHICA

Firma

Fecha de expiración
17 ENE 2034



CO

037353157

REGISTRADOR NACIONAL
Nelson Fenigos Giraldo

ICCOL037353157412075<<<<<<<<<<<
6903295M3401170COL18921596<<<2
TOLOZA<PENA<<MILTON<DE<JESUS<<



CANINOS HEMBRAS 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 2:25

Yo, Maicon Melo identificada CC 1006 416 312, con domicilio en Libertadores; propietario de Pantera, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 8 MES e historia clínica número 11.

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 Pantera 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: Maicon Esteben Melo

Tipo y documento: 1006416312

Firma: Maicon Melo

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 24 de 2026, siendo las 4 : 35pm

Yo, Maicon Melo identificada cc 1006416 312, con domicilio en Libertadores; propietario de Pantera, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 8 mes e historia clínica número 111.

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 Pantera 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: Maicon Esteban Melo

Tipo y documento: 1006416312

Firma: Maicon Melo

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

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

· CIRUGIA · CONSULTA · QUIMIOTERIA · VACUNACION · LABORATORIO · PREVENTIVA ORAL · BANO Y PELUQUERIA · JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 24 Jul 26 **No.** 777

Propietario: X **Responsable:** _____ **Nombre y apellido:** Maicon Melo

Documento: 1006416312 **Dirección:** Libertadores **Telefono:** 3144920698

Correo electronico: _____

PACIENTE: Pantero **Nacimiento:** 20 NOV 25 **Sexo:** H

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 11.6 Kg

Color: Negro-Blanco **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: Pronalpet S

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
FC 90 rpm
FR 20 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:

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:** 13445	**Lugar:** Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: PANTERA	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO	
Dueño: MAICON MELO	**Edad:** 8 MESES	**Sexo:** HEMBRA	

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**13.81**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	45.8*	60-83%
Linfocitos	41.7*	12-30%
Eosinófilos	0.7	0.5-10%
Monocitos	12.5*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	6.33	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	5.76*	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.10	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.72	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.24**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	13.1	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	40.2	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	64.5	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	21.0	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)	17.2	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**277**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.7	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	12.5	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 HEMBRAS 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 11 : 00 a m

Yo, Indira Clavijo identificada 1115 916 526 CC, con domicilio en Nuevo Horizonte propietario de Hoshi, especie Canino raza Mestizo, sexo H, edad 18 mes e historia clínica número 113.

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 Hoshi 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: Indira Fabirzury Clavijo Parra

Tipo y documento: CC 1115916526

Firma: Fabirzury Clavijo

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 llevarlas a cabo.

Firma del profesional: _____ TP. 22860



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 24 de 2026, siendo las 2 : 40 pm

Yo, Indira Clavijo identificada CC 1115916526, con domicilio en Nuevo Horizonte propietario de Hoshi, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 18 mes e historia clínica número 113.

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 Hoshi 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 2667, 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: Indira Fathizury Clavijo Parra

Tipo y documento: CC 1115916526

Firma: Fathizury Clavijo

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 24 Jul 26 No. 113

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Lindira Clavijo

Documento: 1115916526 Dirección: Nuevo Horizonte Telefono: 3145196502

Correo electronico:

PACIENTE: Hoshi Nacimiento: Ene 2025 Sexo: M

Especie: Canino Raza: Pinscher Mestizo Peso: 3.5 kg

Color: Negro Señales particulares:

Fin zootecnico: Compañia Origen/Procedencia:

Anamnesis: Normal

Esterilizado: Si: ___ No X No. Partos: 7 Ultimo celo: Mayo 26

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 ___ No X

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD			N	A	NE		N	A	NE
Temperamento:	Bravo	1. Estado general				8. S. Urinario			
T°	38.4 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	76 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:	<1"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales: N.P.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
24 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consusabuesos@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:	24/07/2026	**SID:**	13460	**Lugar:**	Darilab S.A.S
Origen muestra:	Traída al laboratorio	**Médico veterinario:**	KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente:	HOSHI	**Especie:**	CANINO	**Raza:**	MESTIZO
Dueño:	INDIRA FAISURY CLAVIJO	**Edad:**	18 MESES	**Sexo:**	MACHO

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**7.20**	5.32 – 16.50 x10³/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	65.5	60-83%
Linfocitos	17.1	12-30%
Eosinófilos	6.4	0.5-10%
Monocitos	7.4	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	8.46	2.0 – 12.0 x10³ /uL
# Linfocitos	1.19	0.80 – 5.1 x10³ /uL
# Eosinófilos	0.01	0.04– 1.62 x10³ /uL
# Monocitos	0.55	0.10 – 1.83 x10³ /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.3**	5.0 – 6.7x 10⁶ /uL
Hemoglobina	15.8	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	27.7	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	75.3	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	24.9	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)	13.8	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	137	100 -500 x10³ /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.6	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	13.4	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.03	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 **1.115.916.526**
CLAVIJO PARRA
APELLIDOS
INDIRA FAHIZURY
NOMBRES

Fahizury Clavijo
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **28-NOV-1995**
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO
11-DIC-2013 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

NOVIO DERECHO

P-4685000-00535618 F 1115916526-20140111 **0036580242A 2** 41571069



CANINOS HEMBRAS 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 9 : 15 am

Yo, Fanny Romero identificada CC 33625283, con domicilio en Vda. Yaguaros; propietario de Lucrecia, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 2 años e historia clínica número 115.

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 Lucrecia 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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 25 de 2026, siendo las 11 : 50 am

Yo, Fanny Romero identificada CC 33 625 283, con domicilio en Vda. Yaguaros; propietario de Lucresia, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 2 años e historia clínica número 115.

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 Lucresia 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: 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 26 **No.** 115

Propietario: X **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Fanny Romero

Documento: 33 625 283 **Dirección:** Vda. Yaguinos **Telefono:** 3214263151

Correo electronico:

PACIENTE: Lucresia **Nacimiento:** 2024 **Sexo:** H

Especie: canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 15.6kg

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		
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°	38.5	°C	1. Estado general			
FC	110	rpm	2. Hidratación			
FR	25	ppm	3. Piel y pelaje			
C.C.	3/5		4. Musculo esquelético			
Mucosas:	Rosas		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: NA

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
25 jul	CH	Aprobado

e-mail: consuabusos@gmail.com

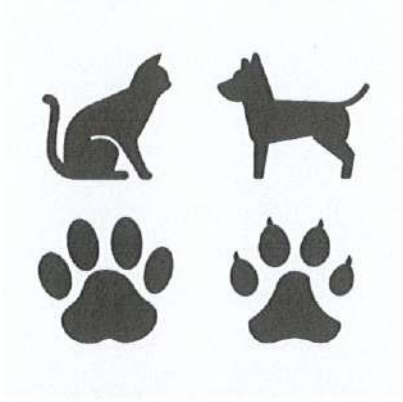
DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 24/07/2026 **SID:** 13469 **Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio **Médico veterinario:** KAREN CISNEROS
Nombre Paciente: LUCRESIA **Especie:** CANINO **Raza:** MESTIZO
Dueño: FANNY ROMERO **Edad:** 2 AÑOS **Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**13.29**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	71.6	60-83%
Linfocitos	16.2	12-30%
Eosinófilos	2.6	0.5-10%
Monocitos	12.2*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	9.52	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	2.15	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.35	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.62	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.68**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	12.8	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	39.7	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	69.6	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)	15.4	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**407**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	9.9	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	9.7	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 HEMBRAS 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 25 de 2026, siendo las 8 : 30

Yo, Jacquelne Perez identificada a 52.337433, con domicilio en La Libertad; propietario de Mimi, especie Canino, raza Mestizo, sexo M, edad 18 mes e historia clínica número 116.

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 Mimi 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: C.C 52.337.433 Bta.

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: 3133992886

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 27 de 2026, siendo las 10 : 10 am

Yo, Jacqueline Perez identificada CC52337 433, con domicilio en La Libertad; propietario de Minimi, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 1 año e historia clínica número 116.

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 Minimi 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: JACQUELINE PEREZ ALVAREZ

Tipo y documento: C.C. 52.337.433 Bta

Firma:

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

CIRUGIA · VACUNACION · RADIOLOGIA

HISTORIA CLINICA

Fecha: 25 Jul /26 No. 116

Propietario: X Responsable: _____ Nombre y apellido: Jacqueline Perez

Documento: 52337433 Dirección: La Libertad Telefono: 3115656531

Correo electronico: _____

PACIENTE: Minimi Nacimiento: Jun 2025 Sexo: H

Especie: Canino Raza: Mestizo Peso: 6.5kg

Color: Negro-Cafe Señales particulares: _____

Fin zootecnico: _____ Origen/Procedencia: _____

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NO **Ultimo celo:** Mayo 26

Cirugias previas:

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

Vermifugaciones:

Ultima fecha: Feb 26

Producto: Ne

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 120 rpm

FR 25 ppm

C.C. 4/5

Mucosas: Rosa)

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: _____

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
25 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consueabuesos@gmail.com

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 25/07/2026	**SID:** 13472	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: MINIMI	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: JACQUELINE PEREZ	**Edad:** 1 AÑO	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**16.53**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	66.0	60-83%
Linfocitos	25.1	12-30%
Eosinófilos	2.8	0.5-10%
Monocitos	8.9	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	10.91	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	4.15	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.47	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.47	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.31**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	15.3	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	44.6	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	70.7	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	24.2	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	34.2	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	14.3	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**259**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.4	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	13.3	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
Sabuesos
- CIRUGÍA
- CONSULTA
- GUARDERÍA
- VACUNACIÓN
- LABORATORIO
- PROFILAXIS DENTAL
- BAÑO Y PELUQUERÍA
- JUGUETES Y ACCESORIOS



CANINOS HEMBRAS 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

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 25 de 2026, siendo las 10 : 50 am

Yo, Ludy Amaya identificada C 1049019543, con domicilio en Chaparral; propietario de Bocanegra, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 5 meses e historia clínica número 118.

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 BocaNegra 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: Ludy H. Amaya V.

Tipo y documento: 1049019543

Firma: Ludy H. Amaya V.

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: 3133992863

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 26 de 2026, siendo las 3 : 30pm

Yo, Ludy Amaya identificada cc. 1049019543, con domicilio en Chaparral; propietario de Bocanegra, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 5 mes. e historia clínica número 118.

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 Boca Negra 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 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: Ludy H. AMAYA

Tipo y documento: 1049019543

Firma: Ludy. H. AMAYA. V.

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 25 Jul 26 **No.** 118

Propietario: X **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Ludy Amaya

Documento: 1049014543 **Dirección:** Chuperral **Telefono:**

Correo electronico:

PACIENTE: Bocanegra **Nacimiento:** 25 Feb 26 **Sexo:** 118

Especie: Can **Raza:** Mestizo **Peso:** 5.5kg

Color: Amarillo **Señales particulares:**

Fin zootecnico: Compañia **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:

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° 38.8	°C	1. Estado general	/		
FC 90	rpm	2. Hidratación	/		
FR 15	ppm	3. Piel y pelaje	/		
C.C. 3/5		4. Musculo esquelético	/		
Mucosas: Rosa		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		X	

Hallazgos anormales:

NR

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
25 Jul	CH	

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: 25/07/2026	**SID:** 13474	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: BOCANEGRA	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: LUDY AMAYA	**Edad:** 5 MESES	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**14.26**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	64.4	60-83%
Linfocitos	23.7	12-30%
Eosinófilos	1.4	0.5-10%
Monocitos	11.9*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	9.19	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	3.36	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.20	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.69	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**4.19**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	8.7*	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	26.9	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	68.6	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	20.8	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	30.3	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	15.8	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**402**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.3	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	11.7	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



CANINOS HEMBRAS 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 9 : 15am

Yo, Geyber Martinez identificada CC 74843 499, con domicilio en Vda Palmar; propietario de Kira, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 8 mes e historia clínica número 119.

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 Kira 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: Geyber Martinez

Tipo y documento: CC 74843 499

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

6 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 27 de 2026, siendo las 6 : 40am

Yo, Geyber Martinez identificada CC. 74 893 499, con domicilio en Vda. Palmar; propietario de Kira, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 8 mes e historia clínica número 119.

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 Kira 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 Jaramillo 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: Geyber Martinez

Tipo y documento: 74893499.

Firma:

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

CONSULTA · VACUNACIÓN · CIRUGÍA · CIRUGÍA · CIRUGÍA

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 25/07/2026	**SID:** 13475	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: KIRA	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: GEYBER MARTINEZ	**Edad:** 8 MESES	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**11.76**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	35.9*	60-83%
Linfocitos	53.5*	12-30%
Eosinófilos	1.0	0.5-10%
Monocitos	10.6*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	4.22	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	6.30*	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.11	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.24	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.66**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	12.0	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	36.8	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	64.9	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	21.2	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)	16.2	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**94***	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.5	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	13.6	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



CANINOS HEMBRAS 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 9:34am

Yo, Geyber Martinez identificada cc. 74.893.499, con domicilio en Vda. Palmar; propietario de Muñeca, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 8 mes e historia clinica número 120.

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.

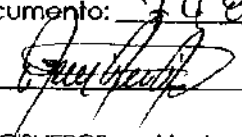
Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales.

En constancia que mi mascota Muñeca 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: Geyber Martinez

Tipo y documento: 74893499

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 27 de 2026, siendo las 6 : 58 am

Yo, Geyber Martinez identificada CC 74895499, con domicilio en Vda. Palmar; propietario de Muñeca, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 8 mes e historia clínica número 120.

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 Muñeca 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 Y o rechazo _____ su proceso.

Nombre del propietario: Geyber Martinez

Tipo y documento: 74895499

Firma:

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 25 Jul 26 **No.** 120

Propietario: X **Responsable:** _____ **Nombre y apellido:** Geyber Martinez

Documento: 74843499 **Dirección:** Palmar **Telefono:** 3228543096

Correo electronico: _____

PACIENTE: Muñeca **Nacimiento:** Dic 25 **Sexo:** H

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 16.5 kg

Color: café **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:				

Vermifugaciones:
Ultima fecha: NO
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
FC 85 rpm
FR 23 ppm
C.C. 3/5
Mucosas: Rosada
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:
25 JUL	CH	Aprobado

e-mail: consuaabuoaos@gmail.com

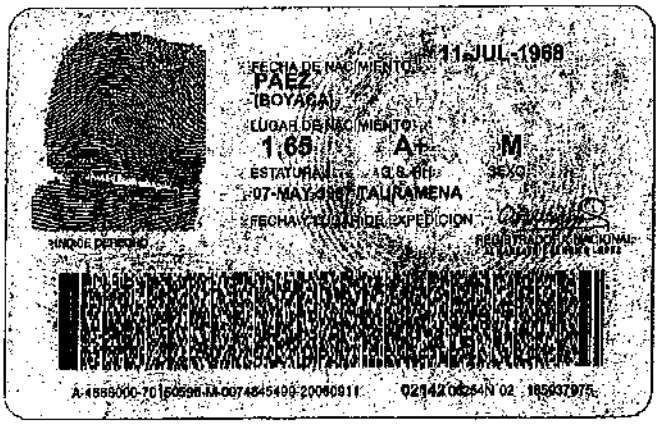
REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha:	25/07/2026	**SID**	13476	**Lugar:**	Darilab S.A.S
Origen muestra:	Traída al laboratorio	**Médico veterinario**		KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente	MUÑECA MARTINEZ	**Especie**	CANINO	**Raza:**	MESTIZO
Dueño:	GEYBER MARTINEZ	**Edad**	8 MESES	**Sexo:**	HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**11.81**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	43.0*	60-83%
Linfocitos	46.6*	12-30%
Eosinófilos	1.0	0.5-10%
Monocitos	10.4*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	5.06	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	5.51	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.12	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.22	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.66**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	13.1	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	39.7	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	70.1	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	23.1	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)	14.8	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**118**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.0	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	14.2	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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 74.846.499
MARTINEZ HERNANDEZ
APELLIDOS
GEYBER
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 11-JUL-1968
PAEZ
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
A+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
07-MAY-1987 TALLAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
HUELLA DEL DIGITADO
A-4889000-70 60598-M-0074845400-20060911 0214206254N 02 185037975



CANINOS HEMBRAS 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 24 de 2026, siendo las 10 : 05am

Yo. Elizabeth Serpveda identificada CC 52381661, con domicilio en Cabañas ; propietario de Blanquita, especie canino raza Mestizo, sexo H, edad 6meses e historia clínica número 128.

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 Blanquita 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 Septveda.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 24 de 2026, siendo las 11 : 05am

Yo, Elizabeth Serulveda identificada CC 52381661, con domicilio en cabañas; propietario de Blanquita, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 6meses e historia clínica número 128.

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 Blanquita 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 2649, 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 Serulveda

Tipo y documento: CC. 52.381.661

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 PELUQUERIA
- JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 24 Jul 26 No. 128

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

Documento: 52381661 Dirección: Cabañas Telefono: 3115950592

Correo electronico:

PACIENTE: Blanquita Nacimiento: 2 ENE/26 Sexo: H

Especie: canino Raza: Mestizo Peso: 8.7 kg

Color: Blanco Señales particulares:

Fin zoofecnico: 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: —

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

Comportamiento del animal:

MOTIVO DE CONSULTA: Esterilización.

ACTITUD

Temperamento: Nervioso

			N	A	NE
T°	38,5	°C	1. Estado general		
FC	90	rpm	2. Hidratación		
FR	20	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:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
24 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cel:3133992863

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 24/07/2026	**SID:** 13454	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: BLANQUITA	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: ELIZABETH GOMEZ	**Edad:** 6 MESES	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**7.67**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	63.6	60-83%
Linfocitos	20.0	12-30%
Eosinófilos	1.0	0.5-10%
Monocitos	16.4*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	4.88	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	1.54	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.06	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.25	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.45**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	8.8*	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	32.9	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	51.0	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	18.7	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	26.9	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	21.9	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**487**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	12.7	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	16.6	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.61	0.02–0.50%.

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



CANINOS HEMBRAS 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 24 de 2026, siendo las 10 : 09

Yo, Elizabeth sepulveda identificada CC 52381661, con domicilio en Cabañas; propietario de Calica, especie canino, raza Mestizo, sexo H, edad 8meses e historia clínica número 129.

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 Calica 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 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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 24 de 2026, siendo las 11 : 50am

Yo, Elizabeth Sepulveda identificada CC. 52381661, con domicilio en Cabañas; propietario de Calico, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 8meses e historia clínica número 129.

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 Calico 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.

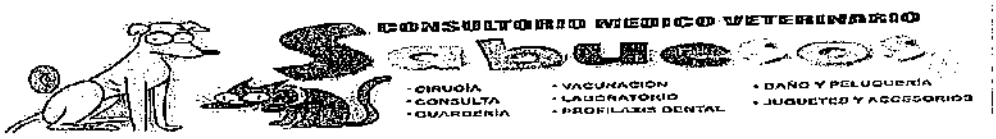
He sido informado que para el buen curso de lo autorizado o para mitigar riesgos es pertinente la práctica de la venopunción sobre las cuales acepto X o rechazo _____ su proceso.

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



HISTORIA CLINICA

Fecha: 24 Jul 26 No. 129

Propietario: ___ Responsable: X Nombre y apellido: Elizabeth Serveda

Documento: 52381661 Dirección: Cabañas Telefono: 3115950592

Correo electronico:

PACIENTE: Calica Nacimiento: 27 NOV 25 Sexo: H

Especie: canino Raza: Mestizo Peso: 10.4 kg

Color: 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

		N	A	NE
T° 38.7 °C	1. Estado general	X		
FC 110 rpm	2. Hidratación	X		
FR 22 ppm	3. Piel y pelaje		X	
C.C. 3/5	4. Musculo esquelético	X		
Mucosas: Rosadas	5. S. Respiratoria	X		
TLLC: 2"	6. S. Cardiovascular	X		
	7. S. Digestivo	X		

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

Hallazgos anormales:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
24 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:3133992863

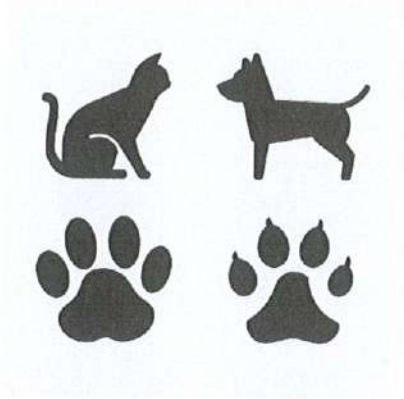
REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 24/07/2026	**SID:** 13455	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: CALICA	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: ELIZABETH GOMEZ	**Edad:** 8 MESES	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**10.87**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	62.9	60-83%
Linfocitos	28.1	12-30%
Eosinófilos	0.8	0.5-10%
Monocitos	9.0	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	6.84	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	3.06	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.06	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	0.97	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**7.16***	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	10.5*	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	36.9	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	51.4*	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	14.7*	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)	20.3*	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**416**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.4	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	14.1	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.47	0.02–0.50%.

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

Carrera 5 número 12-76 Tauramena- Casanare Tel:3142384325-3106799621- NIT 900635772-8
Email: darilabips@gmail.com Página Web www.darilabips.com



CANINOS HEMBRAS 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 : 28 am

Yo, Raul Laspilla identificada CC 7060799, con domicilio en chaparral; propietario de Sacha, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 5 años de 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 Sacha 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 Laspilla

Tipo y documento: 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. 22860



e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell: 3133992883

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 28 de 2026, siendo las 10 : 45am

Yo, Raul Lasprilla identificada CC 7060799, con domicilio en Charral; propietario de Sacha, especie Canino raza Mestizo, sexo H, edad 5años 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.

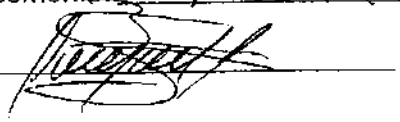
Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para mi mascota y sus efectos colaterales y consentir que el procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general lo que puede estar asociado a complicaciones propias de la ejecución.

En constancia que mi mascota Sacha 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: 7060799

Firma: 

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

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO
Sabuesos
• CIRUGÍA • CONSULTA • GUARDERÍA
• VACUNACIÓN • LAUNATORIO • PROFILAXIS DENTAL
• BAÑO Y PELUQUERÍA • JUGUETES Y ACCESORIOS

HISTORIA CLINICA

Fecha: 28 Jul 26 No. 135

Propietario: X Responsable: ____ Nombre y apellido: Raul Laspilla

Documento: 7060799 Dirección: Chaparral Telefono: 3134047791

Correo electronico:

PACIENTE: Sacha Nacimiento: Jun 2022 Sexo: H

Especie: canino Raza: Mestizo Peso: 75.2 kg

Color: Cafe Señales particulares:

Fin zootecnico: Origen/Procedencia:

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ____ No X No. Partos: 4 Ultimo celo: NR

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° 38.5	°C	1. Estado general			
FC 105	rpm	2. Hidratación			
FR 23	ppm	3. Piel y pelaje			
C.C. 2.5/5		4. Musculo esquelético			
Mucosas:		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. Oidos			
		14. Nariz			

Hallazgos anormales:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
28 Jul	CH	Aprobado

e-mail: consusabuesos@gmail.com
Dirección: Cra 27 #11-15
Cell:3133992885

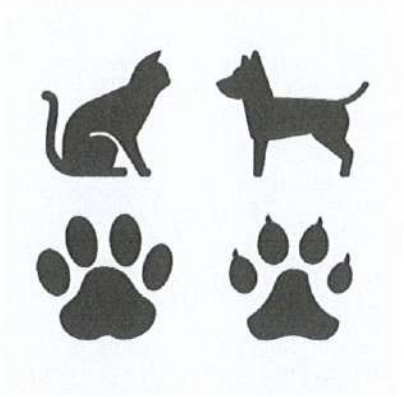
DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 28/07/2026	**SID:** 13501	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: SACHA	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: RAUL LASPRILLA	**Edad:** 4 AÑOS	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**8.99**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	32.9*	60-83%
Linfocitos	55.1*	12-30%
Eosinófilos	0.7	0.5-10%
Monocitos	12.0*	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	2.96	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	4.96	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.06	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.07	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.94**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	13.3	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	39.0	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	65.7	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.4	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)	16.5	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**261**	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	10.8	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	11.7	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.28	0.02–0.50%.

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



ESTERILIZACIÓN CANINOS HEMBRAS MAYOR A 20 KG

CANTIDAD: 4 UNIDADES

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



CANINOS HEMBRAS MAYOR A 20 KG

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

MVZ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 16 de 2026, siendo las 10 : 50

Yo, Erika Paola Lopez identificada CC 1118836768, con domicilio en Aguablanca; propietario de Sacha, especie canino, raza Pitbull, sexo H, edad 14 meses e historia clínica número 32.

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 Sacha 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 tomes

Tipo y documento: 1118836768

Firma: Erika Lopez

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 · VACUNACION · 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 2 : 30PM

Yo, Erika Paola lopez identificada CC 1.118.836768, con domicilio en Aguablanca; propietario de Sacha, especie canino, raza Pitbull, sexo H, edad 14 meses e historia clínica número 32.

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 Sacha 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: Erika paola Lopez torres

Tipo y documento: 1118836768

Firma: Erika Lopez



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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 16 / 01 / 2026 **No.** 32

Propietario: X **Responsable:** ____ **Nombre y apellido:** Erika Pada Lopez

Documento: 1.118.836.768 **Dirección:** Aguablanca **Telefono:** 3103341772

Correo electronico:

PACIENTE: Sacha **Nacimiento:** 02/AGO/25 **Sexo:** H

Especie: Canino **Raza:** Pitbul **Peso:** 25kg

Color: Blue **Señales particulares:**

Fin zootecnico: Acompañamiento **Origen/Procedencia:** Aguablanca

Anamnesis: Decaimiento, baja de apetito.

Esterilizado: Si: ____ No X **No. Partos:** 1 **Ultimo celo:** 3 meses

Cirugias previas:

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

Vermifugaciones:
Ultima fecha: 7 dias
Producto: NR

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

ACTITUD

Temperamento: 38.3

T° 38.3	°C	1. Estado general	X			8. S. Urinario	X		
FC 70	rpm	2. Hidratación	X			9. S. Reproductivo	X		
FR 12	ppm	3. Piel y pelaje	X			10. Ganglios linfáticos	X		
C.C. 4/5		4. Musculo esquelético	X			11. S. Nervioso	X		
Mucosas: Pal. das		5. S. Respiratorio	X			12. Ojos		X	
TLLC: 2"		6. S. Cardiovascular	X			13. Oidos	X		
		7. S. Digestivo	X			14. Nariz	X		

Hallazgos anormales: Animal decaido, mucosas palidas.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
16-07	CH	Plaquetas muy bajas

e-mail: consusabuesos@gmail.com

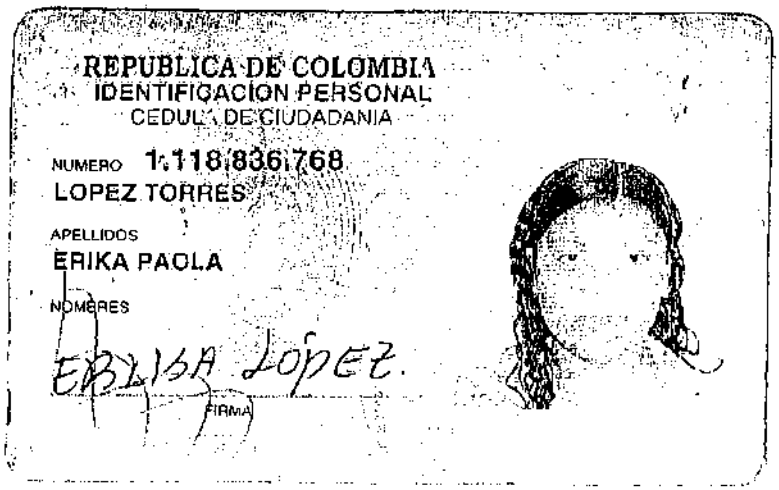
DARILAB IPS LABORATORIO VETERINARIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: LB-FOR-02
	GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	VERSIÓN: 01
	REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO VETERINARIO	APROBACIÓN: 12/01/2026

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 16/07/2026	**SID:** 13310	**Lugar:** Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: SACHA	**Especie:** CANINO	**Raza:** PITBULL
Dueño: ERIKA LOPEZ	**Edad:** 1 AÑO	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**12.40**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	41.6	60-83%
Neutrófilos en banda	2.0	0-3 %
Linfocitos	48.7*	12-30%
Eosinófilos	1.5	0.5-10%
Monocitos	7.7	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	5.41	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	6.04*	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	0.18	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	0.95	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.92**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	12.0	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	38.2	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	64.5	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	20.3	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	31.5	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	**95***	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.4	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	17.3	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.10	0.02–0.50%.

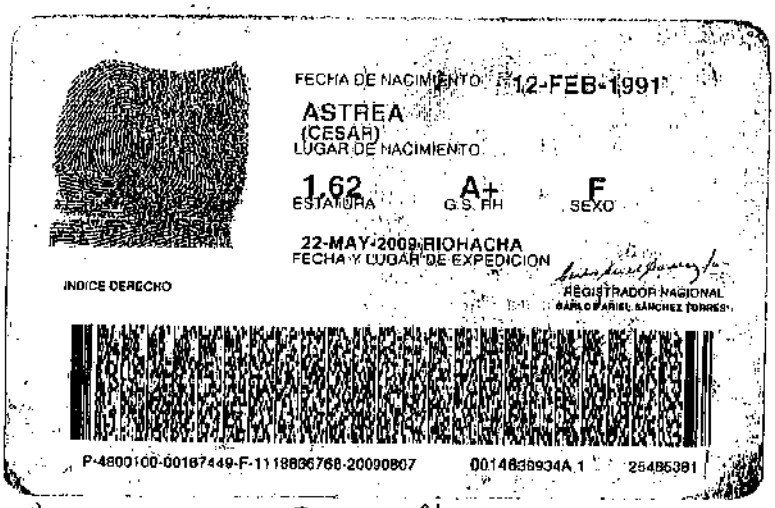
Procesado por: **JENNY XIMENA MORENO RUIZ**
Bacterióloga y Lab. Clínica U.B
Esp. GIDS



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.118.836.768
LOPEZ TORRES
APELLIDOS
ERIKA PAOLA
NOMBRES

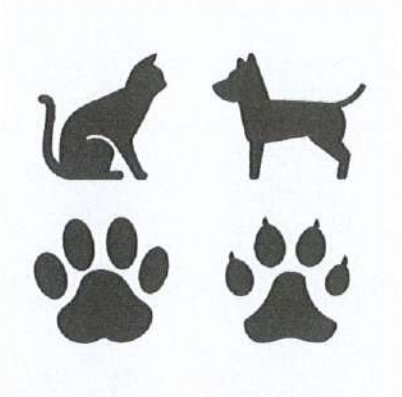
EBLISA Lopez.
FIRMA



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
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-4800100-00187449-F-1118836768-20090807 0014838934A 1 25485381

erika.lopez.torres@hotmail.com
3103341772.



CANINOS HEMBRAS MAYOR 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 16 de 2026, siendo las 8 : 30 a m

Yo, Aida Perez identificada CC 20750507, con domicilio en La Palmarera; propietario de Avispa, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 3 años e historia clínica número 33.

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 Avispa 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: Aida Lucia Perez Moreno

Tipo y documento: CC 20750507

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 · GUARDERIA · VACUNACION · 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 16 de 2026, siendo las 10 : 05AM

Yo, Aida Perez identificada CC 20750507, con domicilio en La Palmareña ; propietario de Avispa, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 3 años e historia clínica número 33.

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 Avispa 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: Aida Lucia Perez Moreno

Tipo y documento: CC. 20.750.507

Firma:

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

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Cabuses

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

HISTORIA CLINICA

Fecha: 16 Jul / 2026 **No.** 33

Propietario: ____ **Responsable:** X **Nombre y apellido:** Aida Perez

Documento: 20750507 **Dirección:** La Palmareña **Telefono:** 3124345937

Correo electronico:

PACIENTE: Avispa **Nacimiento:** Mayo 2023 **Sexo:** H

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 21 kg

Color: Negro **Señales particulares:**

Fin zootecnico: **Origen/Procedencia:**

Anamnesis:

Esterilizado: Si :___ No X **No. Partos:** 1 **Ultimo celo:** NR

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
FC 95 rpm
FR 20 ppm
C.C. 3/4
Mucosas: Rosadas
TLLC: <2"

	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:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
16 Jl	CH	Aprobado

REPORTE DE RESULTADOS LABORATORIO VETERINARIO

Fecha: 16/07/2026	**SID**: 13307	**Lugar**: Darilab S.A.S
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS	
Nombre Paciente: AVISPA	**Especie**: CANINO	**Raza:** MESTIZO
Dueño: AIDA PEREZ	**Edad:** 3 AÑOS	**Sexo:** HEMBRA

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**14.88**	5.32 – 16.50 x10^3/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	59.7	60-83%
Neutrófilos en banda	1.0	0-3 %
Linfocitos	29.7	12-30%
Eosinófilos	6.7	0.5-10%
Monocitos	9.6	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	9.04	2.0 – 12.0 x10^3 /uL
# Linfocitos	4.42	0.80 – 5.1 x10^3 /uL
# Eosinófilos	1.0	0.04– 1.62 x10^3 /uL
# Monocitos	1.42	0.10 – 1.83 x10^3 /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**6.66**	5.0 – 6.7x 10^6 /uL
Hemoglobina	14.0	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	43.8	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	66.8	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	21.3	20.0 – 27.0 pg
Concentración de Hb Corpuscular Media (CHCM)	31.9	30.0 – 36.0 g/dL
Amplitud de Distribución Eritrocitaria - Coeficiente de Variación (RDW-CV)	14.6	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	**91***	100 -500 x10^3 /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	11.7	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	16.6	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.106	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 **20.750.507**

PEREZ MORENO

APELLIDOS

AIDA LUCIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-OCT-1980**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-NOV-1998 MEDINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

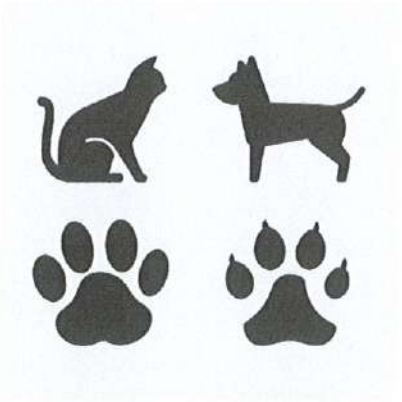
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4685000-00173567-F-0020750507-20090827 0015482809A 1 30897906

CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

Sabuesos

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



CANINOS HEMBRAS MAYOR A 20 KG

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tauramena, julio 25 de 2026, siendo las 11 : 15 a m

Yo, Carlos Umbria identificada CC 1126.124.725, con domicilio en Vda. Aguablanca; propietario de Coqueta, especie Canino, raza Mestiza, sexo H, edad 17 mes e historia clínica número 121.

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 COQUETA 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: Carlos Alfredo Umbria Vanegas

Tipo y documento: 1126124725

Firma: Carlos

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA

Tauramena, julio 29 de 2026, siendo las 11 : 30am

Yo, Carlos Umbria identificada CC 1126.124.725, con domicilio en Aguablanca; propietario de Coqueta, especie Canino, raza Mestizo, sexo H, edad 17 mes e historia clínica número 121.

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 COQUETA 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: Carlos Alfredo Umbria Vanegas

Tipo y documento: 1126124725

Firma: Carlos

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



CONSULTORIO MEDICO VETERINARIO

HISTORIA CLINICA

Fecha: 25 jul 26 **No.** 121

Propietario: X **Responsable:** _____ **Nombre y apellido:** Carlos Umbria

Documento: 1.126.124.725 **Dirección:** Aguablanca **Telefono:** 3205176625

Correo electronico: _____

PACIENTE: Coqueta **Nacimiento:** Ene 25 **Sexo:** H

Especie: Canino **Raza:** Mestizo **Peso:** 21 kg

Color: Negro **Señales particulares:** _____

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

Anamnesis:

Esterilizado: Si: ___ No X **No. Partos:** NR **Ultimo celo:** Mayo 26

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°	38.5 °C	2. Hidratación				9. S. Reproductivo			
FC	95 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:	Rosa claro	6. S. Cardiovascular				13. Oidos			
TLLC:	2"	7. S. Digestivo				14. Nariz			

Hallazgos anormales:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

FECHA:	EXAMEN:	RESULTADO:
25 jul	CH	Aprobado

e-mail: consuabuesos@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: 25/07/2026	**SID:** 13477	**Lugar:** Darilab S.A.S	
Origen muestra: Traída al laboratorio	**Médico veterinario:** KAREN CISNEROS		
Nombre Paciente: COQUETA	**Especie:** CANINO	**Raza:** MESTIZO	
Dueño: CARLOS UNBRIA	**Edad:** 17 MESES	**Sexo:** HEMBRA	

HEMOGRAMA		
CARACTERÍSTICAS	**RESULTADO**	**VALOR REFERENCIA**
➢ **SERIE BLANCA**		
Recuento Leucocitos	**9.29**	5.32 – 16.50 x10³/uL
• **VALOR RELATIVO (%)**		
Neutrófilos segmentados	65.5	60-83%
Linfocitos	25.4	12-30%
Eosinófilos	8.8	0.5-10%
Monocitos	9.1	2-9%
• **VALOR ABSOLUTO (#)**		
# Neutrófilos	6.09	2.0 – 12.0 x10³ /uL
# Linfocitos	2.36	0.80 – 5.1 x10³ /uL
# Eosinófilos	0.82	0.04– 1.62 x10³ /uL
# Monocitos	0.84	0.10 – 1.83 x10³ /uL
➢ **SERIE ROJA**		
RBC	**5.66**	5.0 – 6.7x 10⁶ /uL
Hemoglobina	12.5	11.0 – 20.0 g/dL
Hematocrito	38.9	33.0 – 58.0 %
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	68.7	60.0 – 75.0 fL
Hemoglobina Corpuscular media (HCM)	22.1	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)	15.7	11.3 – 18.8 %
➢ **SERIE PLAQUETARIA**		
Recuento de Plaquetas	156	100 -500 x10³ /uL
Volumen plaquetario medio (VPM)	13.4	7.0 – 12.2 fL
Ancho de distribución plaquetaria (PDW)	21.1	0.1-30 fL
Plaquetocrito (PCT)	0.07	0.02–0.50%.

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



CANINOS HEMBRAS MAYOR A 20 KG

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