CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 17 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES BELKIS		**NOMBRE** BRUNO	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS POLO CARVAJALINO		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** MACHO
C.CX **C.E**__ **PPT**__ **No.** 49.775.068		**EDAD** 1 AÑO	**TALLA** MEDIO
DIRECCIÓN CALLE 44 5		**COLOR** AMARILLO	**PESO** 28 kg
BARRIO FINCA PANAMA		**NÚMERO DE CASO**	991003003790826
TELÉFONO 3044269448		**CHIP** 991003003796826	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? CORTE DE PUNTO

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Corte de puntos.

ANAMNESIS:

cicatrizo muy bien y a nivel genital esta como si nada

OBSERVACIONES DEL CASO:

N/A

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR Jadeo **FC** 110 **T°** 38.3°C **TLLC** 2 **PSO2** / **PA** / **C.C.** 3/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta, Activo
SA		NE		**Piel y Anexos**	Herida cicatrizada, sin signos de inflamación
SA		NE		**Respiratorio**	Jadeo
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas rosadas
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 3/5
SA		NE		**Génito - Urinario**	Entero
SA		NE		**Nervioso**	NM

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

N/A

DIAGNÓSTICO:

NA

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

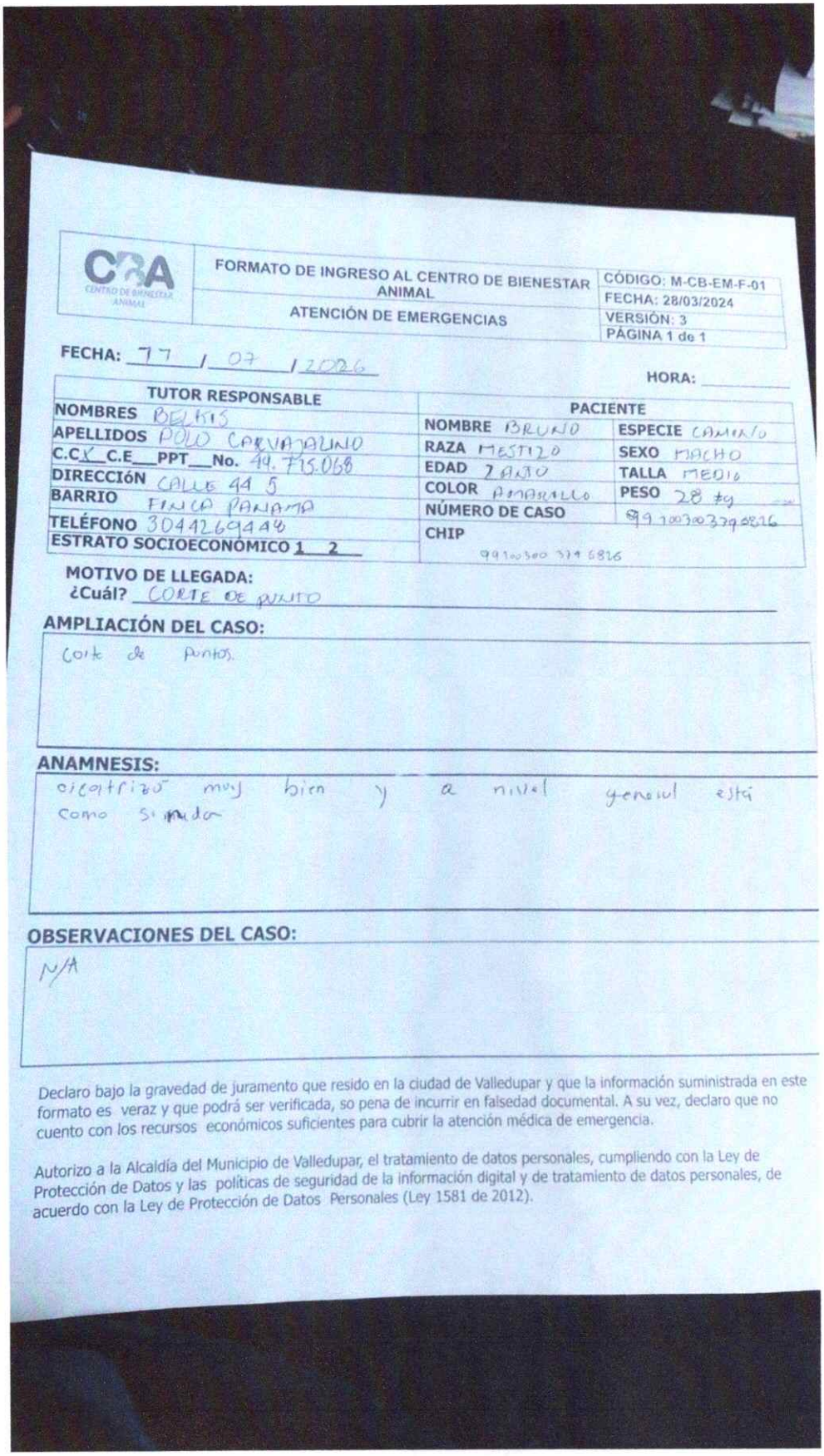
Corte de puntos, Desinfección clorhexidina.

PRESCRIPCIÓN:

NA

Benjamin Defensor
MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 44462

BELKIS POLO
TUTOR RESPONSABLE
C.C No.



CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 17 / 07 / 2026 HORA: _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES	BELKIS	NOMBRE BRUNO	ESPECIE CANINO
APELLIDOS	POLO CARVAJALINO	RAZA MESTIZO	SEXO MACHO
C.C X C.E ___ PPT ___ No.	49.795.068	EDAD 2 AÑO	TALLA MEDIO
DIRECCIÓN	CALLE 44 5	COLOR AMARILLO	PESO 28 kg
BARRIO	FINCA PANAMA	NÚMERO DE CASO	99
TELÉFONO	3044269444	CHIP	900300379 5826
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1 2		

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? CORTE DE PUNTO

AMPLIACIÓN DEL CASO:
Corte de puntos.

ANAMNESIS:
cicatriz muy bien y a nivel general está como si nada

OBSERVACIONES DEL CASO:
N/A

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).


CBA
CENTRO DE BIENESTAR
ANIMAL
ADOPTA
CUIDA
PROTEGE
LTL-353







CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 25 / 07 / 2026 **HORA:** 9:26 AM

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES	JUNAL JOSE	**NOMBRE** MILAGRO	**ESPECIE** FELINO
APELLIDOS	DIAZ RAMIREZ	**RAZA** MESTIZO	**SEXO** HEMBRA
C.C__ **C.E**__ **PPT**__ **No.**	1.065.831.949	**EDAD** 8 MESES	**TALLA** PEQUEÑO
DIRECCIÓN	MANZANA 7 CASA 38	**COLOR** BLANCO Y NEGRO	**PESO**
BARRIO	EL ROCIO	**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO	3005974432	**CHIP** 991003003796987	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1 / 2		

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? _____

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Tiene gripa

ANAMNESIS:

Hace 1 semana tiene gripa, le sale bastante moco no le hemos dado medicamentos

OBSERVACIONES DEL CASO:

N 1

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 60 **FC** [illegible] **T°** 38.5 **TLLC** 3 **PSO2** [illegible] **PA** [illegible] **C.C.** 3/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	SA
SA		NE		**Respiratorio**	Estertores, secreciones
SA		NE		**Cardiovascular**	Murmullo Rosudel
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 3/5 - Marcha normal
SA		NE		**Génito - Urinario**	SA
SA		NE		**Nervioso**	

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

NA

DIAGNÓSTICO:

Rinotraqueitis viral Felina

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Unitam - Fetoprofeno

PRESCRIPCIÓN:

Solución 20, Clavulanato

MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 4884 62

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 1065831949


CBA
CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL
ADOPTA
CUIDA
PROTEGE
ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SALUD



CHIP J6987

CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 25 / 07 / 2026 **HORA:** 9:30 AM

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES JUVAL JOSE		**NOMBRE** KRATO J.	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS DIAZ RAMIREZ		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** MACHO
C.C__ **C.E**__ **PPT**__ **No.** 1.065.837.949		**EDAD** 2 AÑOS	**TALLA** PEQUEÑO
DIRECCIÓN MANZANA 7 CASA 38		**COLOR** NEGRO	**PESO**
BARRIO EL ROCIO		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3005474432		**CHIP** 991003003796988	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? _____

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Hace 1 semana tiene gripa

ANAMNESIS:

Tiene como gripa hace 1 semana, pasa tosiendo y estornuda. no le hemos dado medicamentos come bien y todo

OBSERVACIONES DEL CASO:

A valorar resultados

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 48 **FC** 100 **T°** 38.4 **TLLC** 3 **PSO2** / **PA** / **C.C.** 3/8

SA		NE		**Aspecto General**
SA		NE		**Piel y Anexos**
SA		NE		**Respiratorio**
SA		NE		**Cardiovascular**
SA		NE		**Gastrointestinal**
SA		NE		**Músculo esquelético**
SA		NE		**Génito - Urinario**
SA		NE		**Nervioso**

Alerta

SA

+ os, reflejo tusígeno +

taquicardia ritmo regular pulso fuerte

SA

le 3, 5 derecha normal

Enfisema criptorquidia unilateral

SA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS 1 **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A espera resultado

DIAGNÓSTICO:

Traqueobronquitis infecciosa canina

PRONÓSTICO: Bueno F **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Amoxicilina, desparasitación

PRESCRIPCIÓN:

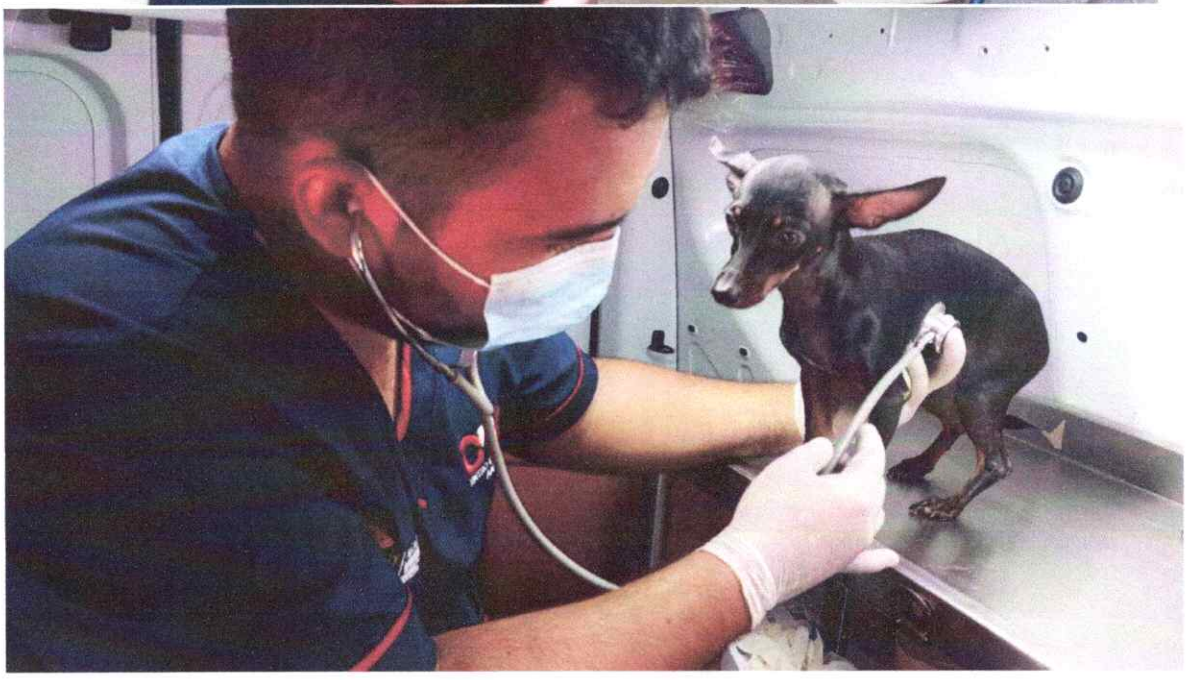
Solubron, Clavopet

MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 44462

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 1065803944







CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 29 / 07 / 2026 **HORA:** 17:02

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES	ROBIN ALBERTO	**NOMBRE**	APOLO
APELLIDOS	ARZUAGA JIMENEZ	**RAZA**	MESTIZO
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.**	77.030.736	**EDAD**	8 AÑOS
DIRECCIÓN	CARRERA 23 37-78	**COLOR**	AMARILLO
BARRIO	7 DE MARZO	**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO	3234777432	**CHIP**	991003003796991
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1 2 X		

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? _____

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Ayer me di cuenta que tiene una masa en el pene

ANAMNESIS:

Ayer me di cuenta que tiene una masa en el pene, le sangra bastante y está incomodo.

OBSERVACIONES DEL CASO:

SOA

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 60 **FC** 100 **T°** 38,5 **TLLC** 3 **PSO2** ? **PA** ? **C.C.** 25

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	Crecimiento tumoral Dorso y Proximal
SA		NE		**Respiratorio**	SS
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas rosadas
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	CE y S marcha normal
SA		NE		**Génito - Urinario**	entero
SA		NE		**Nervioso**	SA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

NA

DIAGNÓSTICO:

Presuntivo

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Unitral, Dexametasona, Quercitol

PRESCRIPCIÓN:

Clavamox, Ciclival, Prednisona

Benjamin Betancourt
MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 4040

Robin Jimenez
TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 77030136



CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 25 / 07 / 2026 **HORA:** 9:20 AM

TUTOR RESPONSABLE	PACIENTE	
NOMBRES JUVAL JOSE	**NOMBRE** FREYA	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS DIAZ RAMIREZ	**RAZA** MESTIZO	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** ___ **PPT** ___ **No.** 1.065.837.944	**EDAD** 1 AÑO	**TALLA** PEQUEÑO
DIRECCIÓN MANZANA 1 CASA 38	**COLOR** NEGRO	**PESO**
BARRIO EL ROCIO	**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3005974432	**CHI** 991003003796993	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2		

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? _____

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Tos gripa

ANAMNESIS:

Hace como 1 semana esta como con gripa, estornuda y se siente como ahogandose, tiene todas sus vacunas

OBSERVACIONES DEL CASO:

ultima desparasitacion hace 3 meses.

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 30 **FC** 110 **T°** 39 **TLLC** 2 **PSO2** / **PA** / **C.C.** 3/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	SA
SA		NE		**Respiratorio**	Tos, reflejo tusígeno positivo
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas rosa pálidas
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 3/5
SA		NE		**Génito - Urinario**	Entera
SA		NE		**Nervioso**	SA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS + **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A espera de resultados hemograma.

DIAGNÓSTICO:

Presuntivo Traqueobronquitis infecciosa canina

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Amoxicilina, dexametasona

PRESCRIPCIÓN:

Solubron, clavupet suspensión

MÉDICO VETERINARIO 44467
C.C No.

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 1065831949



CHIP 6993



25 JULIO

CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 14 / 07 / 2026 **HORA:** 11:00am

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES GUSTAVO ANDRES		**NOMBRE** POLICIA 5	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS TRAVIESO VELASQUEZ		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 7.727.330.856		**EDAD** 3 AÑOS	**TALLA** MEDIO
DIRECCIÓN Km 2 VIA LA MEZA		**COLOR** NEGRO	**PESO** 15 KG
BARRIO Km 2 VIA LA MEZA		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3166868025		**CHIP** 7032	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? REVISION DE HERIDA POST-QUIRURGICA.

AMPLIACIÓN DEL CASO:

- REVISIÓN DE HERIDA POST-QUIRURGICA.

ANAMNESIS:

La operaron el jueves, esta bien, esta comiendo, le di una amoxicicina el sabado.

OBSERVACIONES DEL CASO:

Se realizó curaciones y se medicó, el propietario no la había medicado.

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 40 rpm **FC** 120 lpm **T°** 38.3°C **TLLC** 3seg **PSO2** / **PA** / **C.C.** 3/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta, activa
SA		NE		**Piel y Anexos**	Herida postquirurgica
SA		NE		**Respiratorio**	SA
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas rosa pálidas.
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 3/5
SA		NE		**Génito - Urinario**	Esterilizada
SA		NE		**Nervioso**	N*

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

NA

DIAGNÓSTICO:

Herida postquirurgica con buena cicatrización

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Yodina, Coraciones Clorhexidina

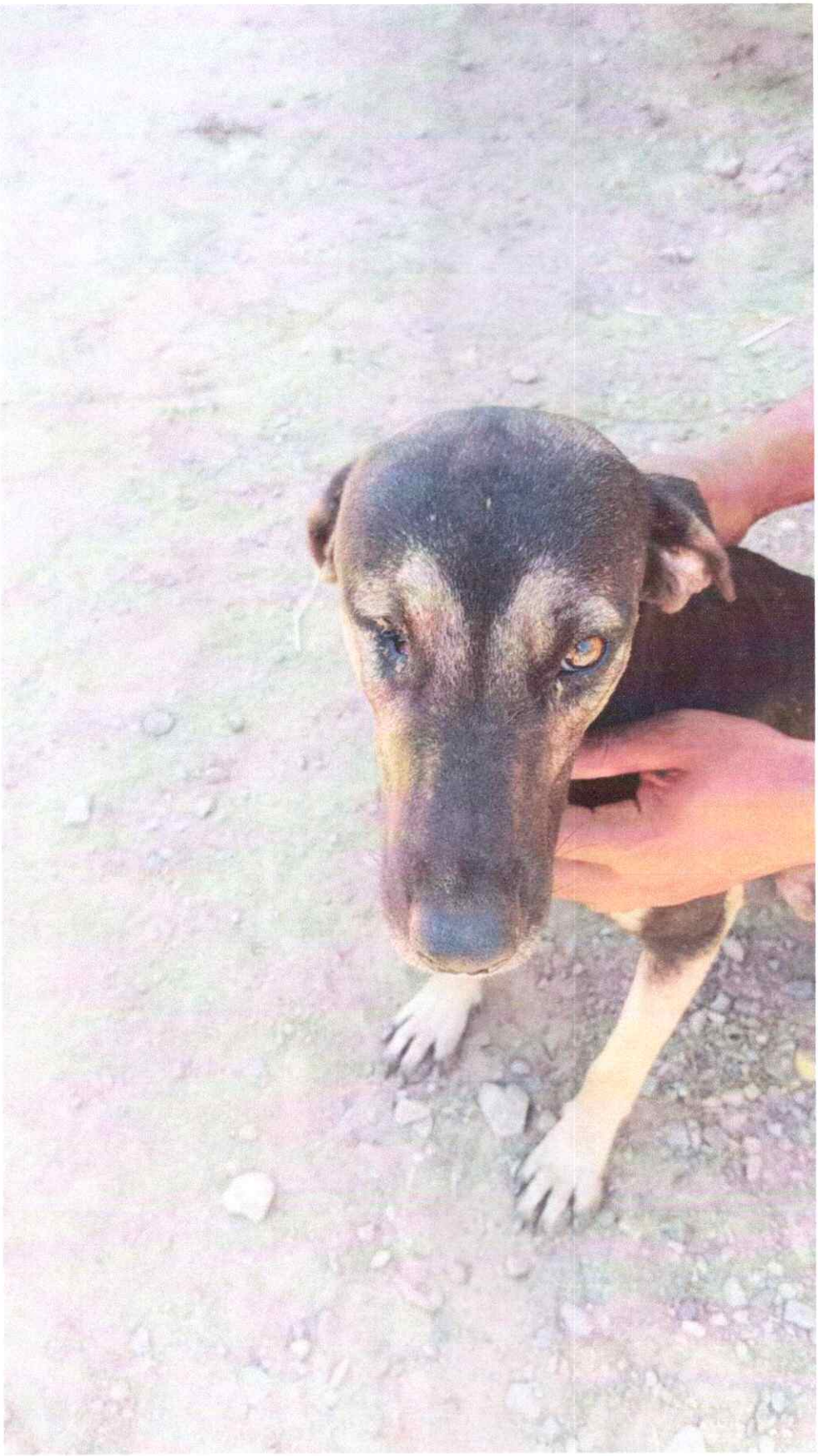
PRESCRIPCIÓN:

Coraciones, continuar con prescripción

Brayan Bustamante Pinzon
MÉDICO VETERINARIO 44462
C.C No.

Gustavo Arbeláez
TUTOR RESPONSABLE
C.C No.


CBA
CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL
ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SALUD
PROTEGE
CURA
ADOPTA





14 JULIO

CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 17 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES	MAURA ARACELIS	**NOMBRE** KIARA	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS	MIQUILENA MORALES	**RAZA** MESTIZO	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.**	6.882.645	**EDAD** 6 MESES	**TALLA** MEDIANO
DIRECCIÓN	CARRERA 7 74-26	**COLOR** CREMA	**PESO** 11.0 kg.
BARRIO	KENNEDY	**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO	3246420067	**CHIP**	991003003797117
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1 2		

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? _____

AMPLIACIÓN DEL CASO:
Tiene un polipo Glandula. Nictitante.

ANAMNESIS:
Tiene una mala en el ojo, le tiene hace varios meses, le he aplicado gotas, pero no mejora

OBSERVACIONES DEL CASO:
CA se sugiere prequirúrgicos para cirugía

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR_____ **FC** 113 **T°** 38,5°C **TLLC**_____ **PSO2**_____ **PA**_____ **C.C.**_____

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	PROLAPSO. GLANDULA NICTITANTE
SA		NE		**Respiratorio**	SA
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas rosadas, Pulso Fuerte
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 3/5 Marcha normal
SA		NE		**Génito - Urinario**	SA
SA		NE		**Nervioso**	SA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

NA

DIAGNÓSTICO:

prolapso glándula nictitante unilateral

PRONÓSTICO: Bueno _____ **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

7 gotas colirio

PRESCRIPCIÓN:

colirio 200

BBP

MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 4494G2

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 80826495

CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 17 / 07 / 2026 **HORA:** 9:19 am.

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES CRISTINA		**NOMBRE** CATALEYA	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS CASTRILLON PENAVELL		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 7.065.573.475		**EDAD** 2 AÑOS	**TALLA** PEQUEÑO
DIRECCIÓN MANZANA 23 CASA 14		**COLOR** BLANCO	**PESO**
BARRIO URBANIZACION POPULANDIA		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3108457464		**CHIP** 991003003797121	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 X 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? _____

AMPLIACIÓN DEL CASO:
Valoración general. Para Esterilización

ANAMNESIS:
Quiero esterilizarla, come bien, no se ha enfermado no la he desparasitado.

OBSERVACIONES DEL CASO:
Apta Para OVH

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR NA **FC** 140 **T°** 38.5c **TLLC** 2 **PSO2** / **PA** / **C.C.** 3/5

SA		NE		**Aspecto General**
SA		NE		**Piel y Anexos**
SA		NE		**Respiratorio**
SA		NE		**Cardiovascular**
SA		NE		**Gastrointestinal**
SA		NE		**Músculo esquelético**
SA		NE		**Génito - Urinario**
SA		NE		**Nervioso**

Alerta
SA
Mucosas rosadas
SA
Marcha normal - cc 3/5
Entera
NA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

NA

DIAGNÓSTICO:

NA

PRONÓSTICO: Bueno 1 **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

6 do dog y cat

PRESCRIPCIÓN:

NA

BBP

MÉDICO VETERINARIO
C.C No.

Cristina Gaspel Bonilla

TUTOR RESPONSABLE 1065573645
C.C No.

CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 22 / 07 / 2026 **HORA:** 9:00

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES	Maria Angelica.	**NOMBRE** Matt	**ESPECIE** Canino
APELLIDOS	Gustamante. Lopez	**RAZA** Mestizo	**SEXO** Macho
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.**	49763209	**EDAD** 7 años.	**TALLA** Mediano
DIRECCIÓN	Carrera 4-13-72	**COLOR** Amarillo/blanco	**PESO**
BARRIO	la Granja.	**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO		**CHIP** 991003003797125	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? _____

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Presenta una rasquiña en las patas desde hace dos meses

ANAMNESIS:

Hace 2 meses tiene alergia en las Patas, se rasca mucho

OBSERVACIONES DEL CASO:

Se sugiere realizar raspado de Piel en clínica

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 40 **FC** 110 lpm **T°** 36°C **TLLC** 3 **PSO2** 1 **PA** / **C.C.** 3/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	Prurito, eritema, costras
SA		NE		**Respiratorio**	sd
SA		NE		**Cardiovascular**	Murmullos rítmicos
SA		NE		**Gastrointestinal**	sd
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 3/5 - Marcha normal
SA		NE		**Génito - Urinario**	sd
SA		NE		**Nervioso**	sd

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

DIAGNÓSTICO:

Presuntivo, Sarna Escabiotica, Pulgas,

PRONÓSTICO: Bueno ✓ **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Alevaec

PRESCRIPCIÓN:

Ahimax, Dermosyn, Drogas V

Benjamin Bejarano

MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 4446[illegible]

María Angelica Bustamante

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 49.763.209.


CBA
CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL
ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SALUD

CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 18 / 07 / 2026 **HORA:** 8:59 AM.

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES	PAOLA ZULEY	**NOMBRE** MARTHA	**ESPECIE** FELINO
APELLIDOS	JULIO MERCADO	**RAZA** MESTIZO	**SEXO** MACHO
C.C ___ **C.E** ___ **PPT** ___ **No.**	49.727.579	**EDAD** 7 AÑO	**TALLA** MEDIANO
DIRECCIÓN	MANZANA 73. CASA 2	**COLOR** GRIS	**PESO** 3.6 KG
BARRIO	GARUPAL ETAPA 3	**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO		**CHIP**	Animal ID 2026-4-23 ISO11784 FDX-B 2031-4-22 991003003797126
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1 X 2		

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? _____

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Tiene las encias inflamadas y desde hace 3 Meses ha estado Comiendo Poco., aveces vomita.

ANAMNESIS:

Tiene las encias muy inflamadas, come poco y aveces vomita, desde hace 3 meses esta asi

OBSERVACIONES DEL CASO:

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 40 **FC** 108 **T°** 38.5° **TLLC** 3 **PSO2** / **PA** / **C.C.** 3/5

SA		NE		**Aspecto General**
SA		NE		**Piel y Anexos**
SA		NE		**Respiratorio**
SA		NE		**Cardiovascular**
SA		NE		**Gastrointestinal**
SA		NE		**Músculo esquelético**
SA		NE		**Génito - Urinario**
SA		NE		**Nervioso**

Alerta

SA

SA

Mucosas rosa pálido

Hipotermia, Vómitos Ocasionales,

3/5 fractura cerrada

SA

SA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

DIAGNÓSTICO:

Parvovirus Caninos, enfermedad periodontal

PRONÓSTICO: Bueno _____ **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Meloxicam,

PRESCRIPCIÓN:

Stomorgyl, Clordent, naturistos

Dayana Bohorquez

44162

MÉDICO VETERINARIO
C.C No.

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 49721519



CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 10 / 07 / 2026 **HORA:** 3:00pm

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES JAVIER ALFREDO		**NOMBRE** SESUR	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS CABANA CASTILLA		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** MACHO
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 7.065.674.537		**EDAD** 9 AÑOS	**TALLA** MEDIANO
DIRECCIÓN CARRERA 4 CALLE 6 6-64		**COLOR** NEGRO	**PESO**
BARRIO GUACOCHE		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3746059756		**CHIP** 991003003797128	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? _____

AMPLIACIÓN DEL CASO:

El perro iba pasando y un vecino le disparó

ANAMNESIS:

yo creo que le disparó con un rifle de aire en las costillas, el perro no se quiere levantar casi, sangró bastante se quejaba bastante, no quiere comer,

OBSERVACIONES DEL CASO:

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 52 Rpm **FC** 200 CPm **T°** 38.2°C **TLLC** 2 Seg **PSO2** _____ **PA** / **C.C.** 2/5.

SA		NE		**Aspecto General**
SA		NE		**Piel y Anexos**
SA		NE		**Respiratorio**
SA		NE		**Cardiovascular**
SA		NE		**Gastrointestinal**
SA		NE		**Músculo esquelético**
SA		NE		**Génito - Urinario**
SA		NE		**Nervioso**

Decaido, Deprimido
Pelo hirsuto, costras, alopecia multifocal, Herida perforante
Disnea
Axilosas rosa pálida
Anorexia,
Atento
Entero

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS 1 **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A espera resultados.

DIAGNÓSTICO:

Herida perforank en región interiostal Izquierda

PRONÓSTICO: Bueno _____ **Reservado** X **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Quercetol, Ketoprofeno, Acido tranexamico

PRESCRIPCIÓN:

Hospitalario

Benjamin Betancur
MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 4446N

JAVIER CABADA
TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 1065619531

CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICO VETERINARIOS	CÓDIGO: M-CB-EM-F-03
		FECHA: 27/03/2024
	CONSENTIMIENTO DE CIRUGIA Y ANESTECIA CBA	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 10 / 07 / 2026 **HORA:** 3:30pm

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE	ESPECIE	RAZA	NO. MICROCHIP 991003003797128
SESUR	CANINO	MESTIZO	
FECHA DE NACIMIENTO	**SEXO**	**EDAD**	**COLOR** NEGRO
04-06-2017	MACHO	9 AÑOS	**PESO**

Yo JAVIER ALFREDO CABANA identificado con CC 7.065.679.537 en calidad de propietario del paciente _____ en forma voluntaria consiento en que el (la) médico Veterinario _____ como cirujano (a) y el ayudante que el (ella) designe le realicen el procedimiento _____ entiendo que el procedimiento quirúrgico consiste en: _____

Manifiesto que se me ha explicado y he entendido que los resultados del procedimiento pueden variar, pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta. El (la) médico veterinario encargado (a) plantará todo su conocimiento y experiencia en lograr los mejores resultados con el objetivo de corregir la patología por la cual consultó a mi mascota. SI NÓ☐

Entiendo que durante el procedimiento quirúrgico y por causas independientes al proceder del médico (a) encargado (a) del procedimiento se pueden presentar complicaciones frecuentes y potencialmente serias que pueden llegar a requerir tratamientos adicionales, tanto médicos como quirúrgicos, exonerando civil y penalmente al Médico veterinario, por posibles complicaciones o fallecimiento del paciente, bien sea a causa de la intervención o de la anestesia. SI☐ NO

También se me brinda la información acerca de complicaciones menos frecuentes como son peritonitis y choque hemorrágico o trombosis, entre otros que pueden representar un riesgo de muerte durante el procedimiento quirúrgico o como complicación al es ado actual de cada paciente.

Se me ha informado que son necesarios los exámenes de _____ los cuales SI☐NO☐ acepto y asumo las consecuencias de la decisión. Autorizo que se tomen fotografías o videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas, bajo la reserva del nombre del propietario.

Comprendo que, como todo procedimiento quirúrgico, requiere de anestesia (inyectable o inhalada), la cual será supervisada por profesionales capacitados en el área SI ☐ NO☐

Se me manifestó que de ser necesario realizar la exéresis de un órgano o tejido, se podrá someter a valoración anatomopatológica. SI☐NO☐

Como propietario, entiendo las condiciones y objetivos de la cirugía que se va a practicar en mi mascota, los cuidados que debo tener con él, antes y después de ella.

Estoy conforme con la información que he recibido por parte del médico (a) tratante, quien se ha expresado en un lenguaje claro y sencillo y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas puntuales que se me puedan presentar.

SI □NO□

Comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conlleva el procedimiento quirúrgico que acá autorizo.
SI□ □NO

En las condiciones antes descritas consiento sea practicado el procedimiento quirúrgico anteriormente señalado. SI□ NO□
Durante la preparación del paciente y procedimiento quirúrgico puede presentarse la necesidad de realizar tricotomía sobre el paciente accediendo a la misma. descritas consiento sea practicado el procedimiento quirúrgico anteriormente señalado.
SI □ NO □

Comprendo que todo procedimiento anestésico lleva consigo el riesgo de muerte del animal, aun cuando este se lleve a cabo bajo los protocolos establecidos, bajo parámetros científicos, puesto que depende de la raza, del estado de salud del animal, la complejidad del procedimiento quirúrgico o el temperamento del animal, llevando a presentarse complicaciones imprevisibles como paro cardiaco y/o respiratorio, hasta una reacción anafiláctica grave a cualquier fármaco o excipiente del mismo, produciéndose de manera excepcional sin necesidad de existir negligencia por parte del médico veterinario cirujano o del equipo médico, comprendo y acepto la existencia de estos riesgos. SI□ NO □

OBSERVACIONES DE CASO/ CIRUGIA DEL MEDICO VETERINARIO

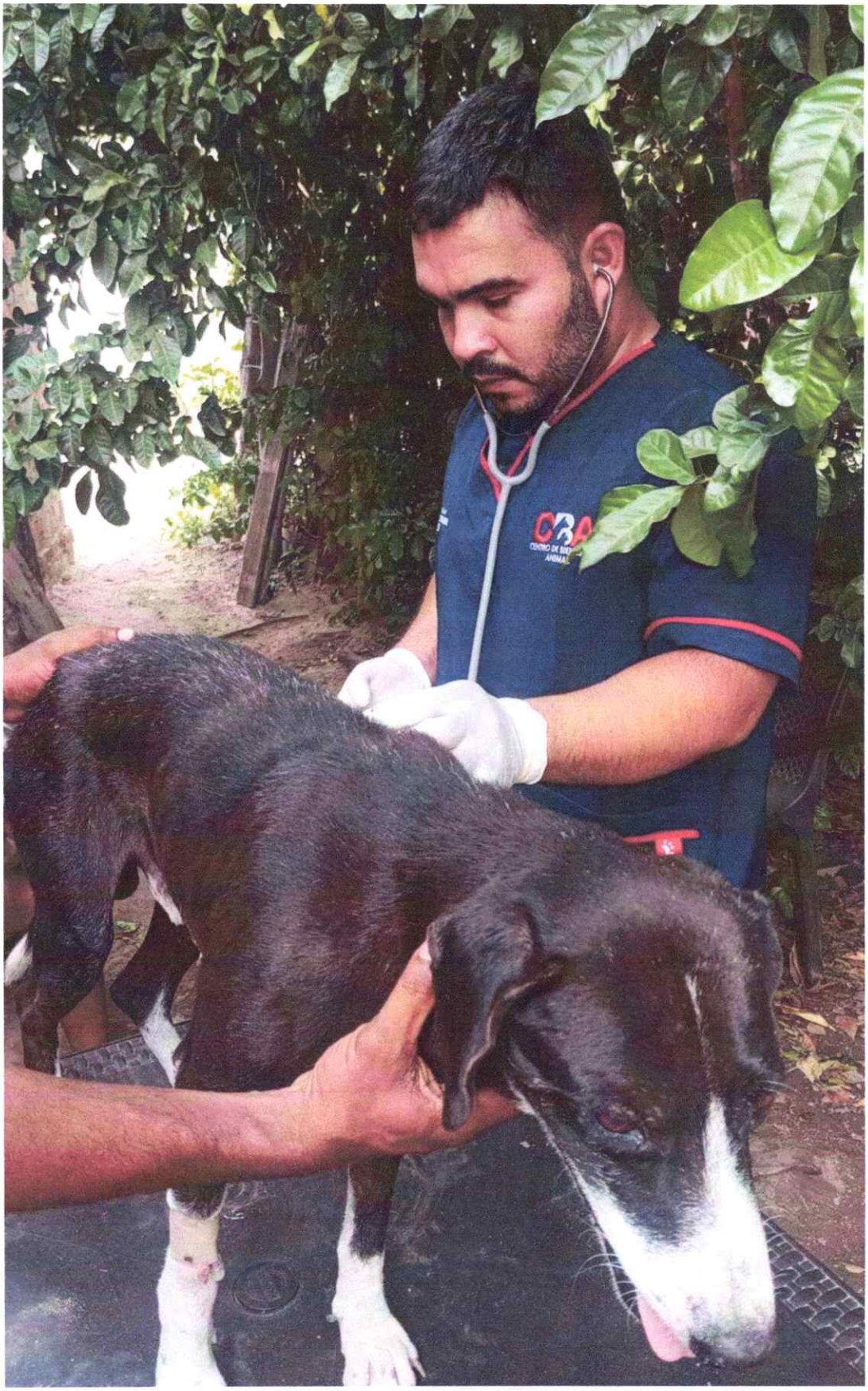
DATOS PROPIETARIO:

Dirección:	
Teléfonos:	
Correo electrónico:	
Grupo SISBEN:	
FECHA:	

Javier Cabrera

Firma del Tutor Responsable
C.C. No. 1065619531

Firma Medico Veterinario
T.P



CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 28 / 07 / 2026 **HORA:** 3:30 pm

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES YAMETH.		**NOMBRE** LEON	**ESPECIE** FELINO
APELLIDOS YAMETH GUERRA CARRANZA		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** MACHO
C.C X **C.E** ___ **PPT** ___ **No.** 39.069.033		**EDAD** 4 AÑOS	**TALLA** MEDIANO
DIRECCIÓN CARRERA 38 CALE 5H 38-68		**COLOR** AMARILLO	**PESO**
BARRIO NEVADO		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3216709366		**CHIP** 990100300379746	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 X 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? LE QUEDO UNA PARTE DE SU MIEMBRO AFUERA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

le quedo algo afuera de su miembro

ANAMNESIS:

lo operaron hace casi, tiene parte de su miembro afuera, come bien y todo.

OBSERVACIONES DEL CASO:

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 00 **FC** 100 **T°** 38.7 **TLLC** ~ **PSO2** / **PA** / **C.C.** 375

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta, activo
SA		NE		**Piel y Anexos**	Herida en cicatrización
SA		NE		**Respiratorio**	ET
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas rosa pálido – pulso filiforme
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	cc 3/5 – marcha normal
SA		NE		**Génito - Urinario**	Testículos, túnica expuesta
SA		NE		**Nervioso**	SA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

NA

DIAGNÓSTICO:

Prolapso túnica post orquiectomía

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Antibiótico, Meloxicam, Ketoprofeno, Cefalexina, Acetaminofen. Desinfección

PRESCRIPCIÓN:

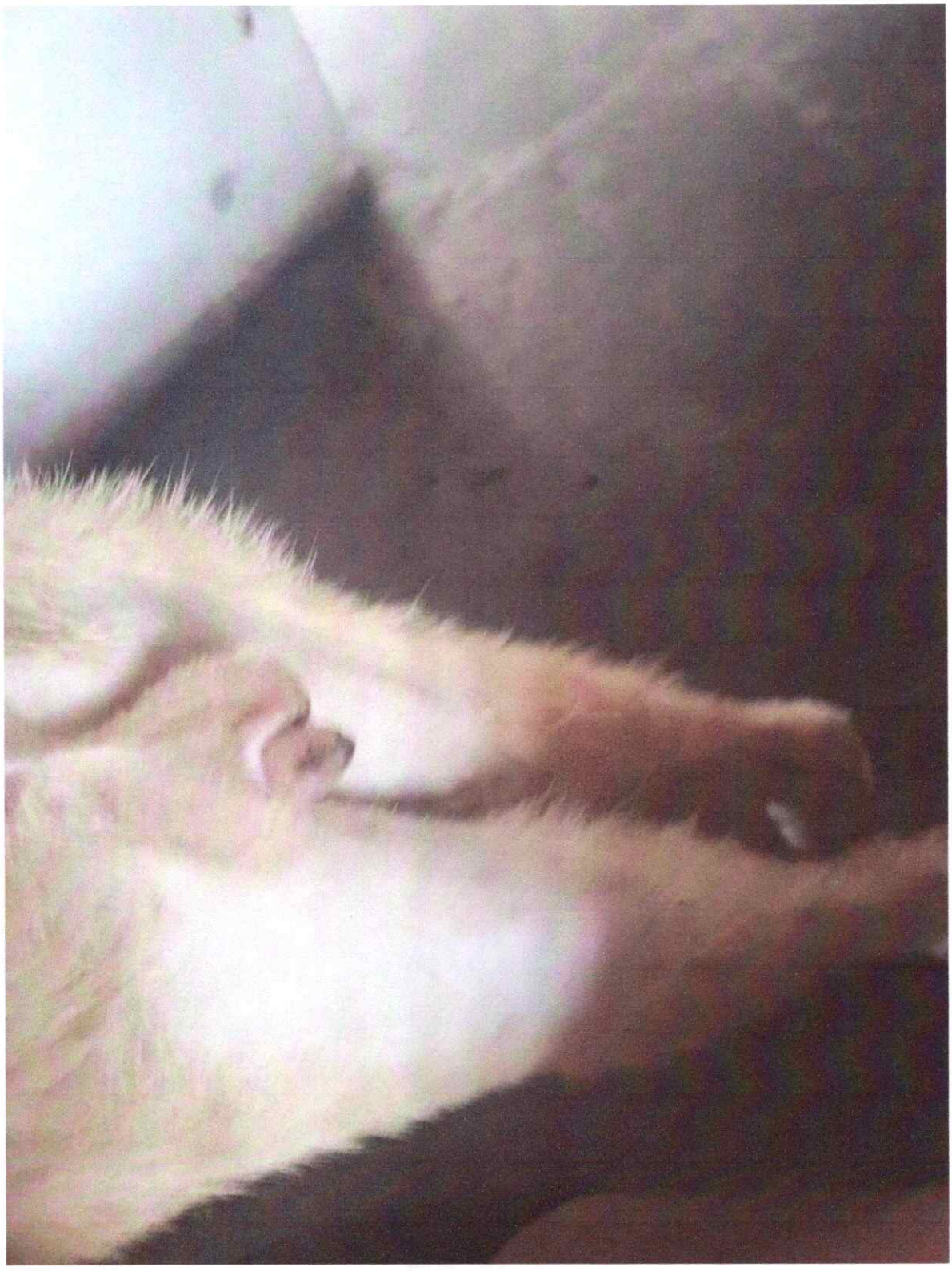
Continuar con formula anterior

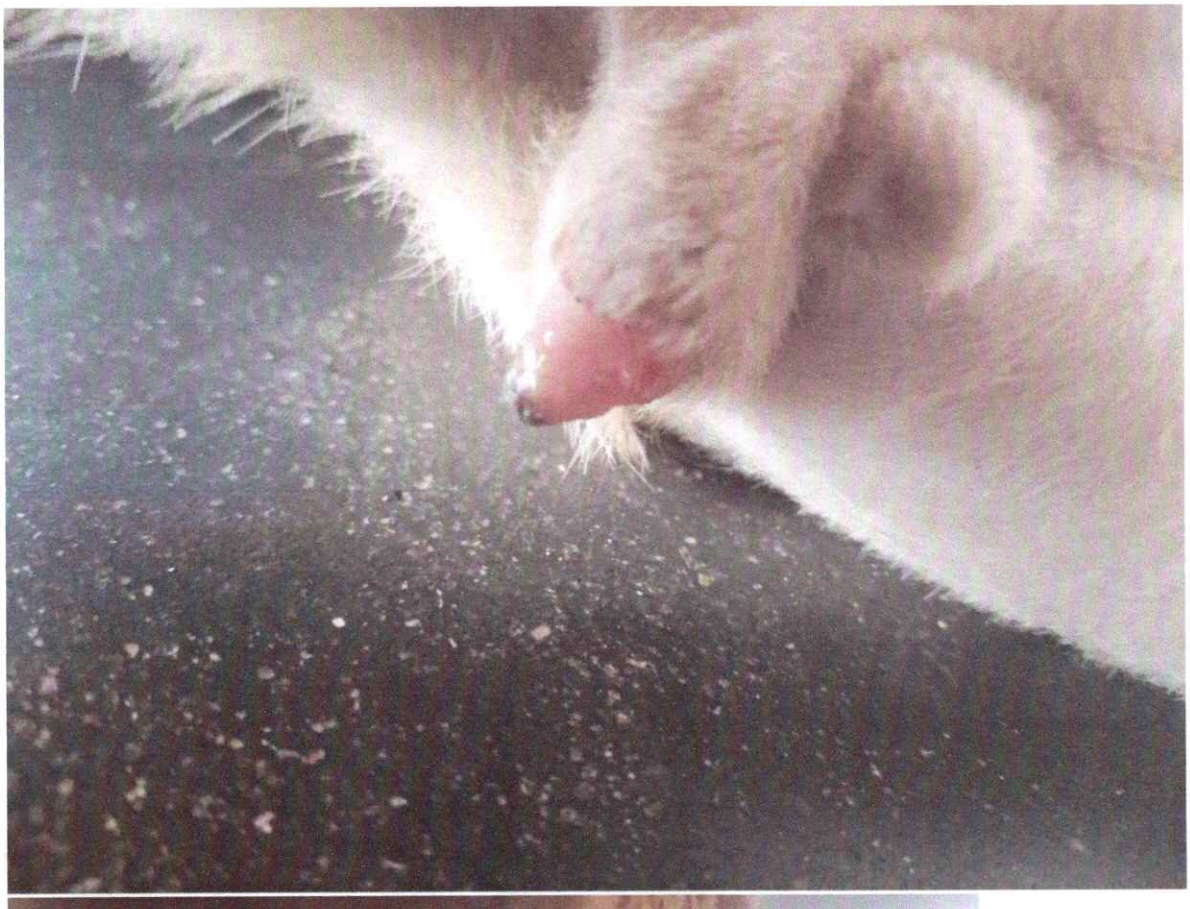
Benjamin Bustamante

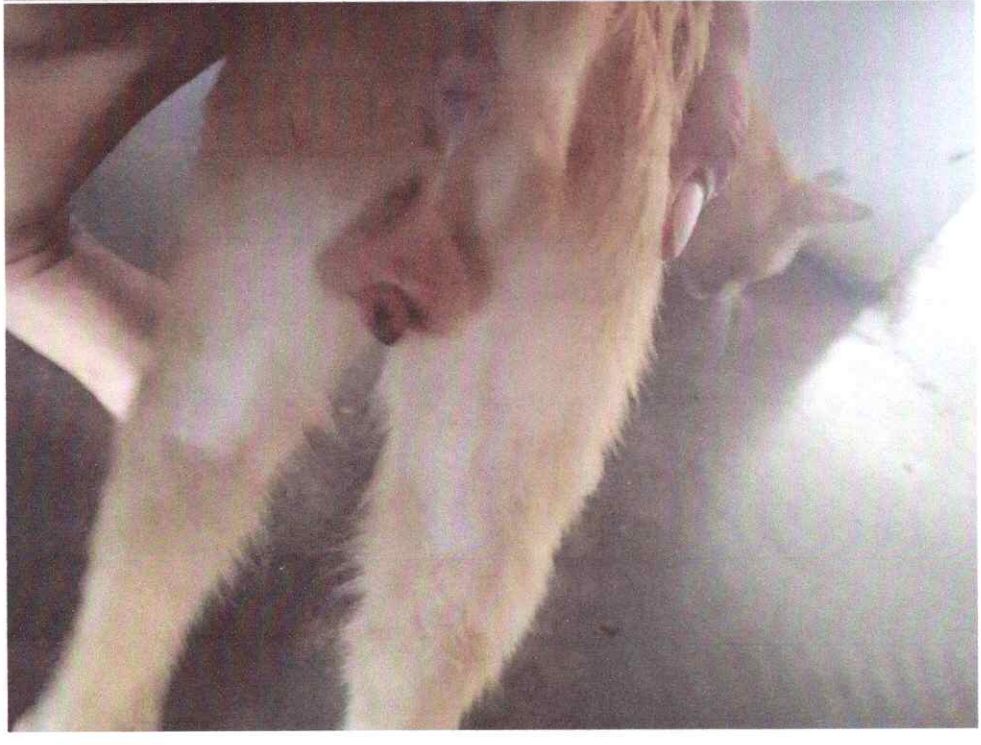
MÉDICO VETERINARIO 99468
C.C No.

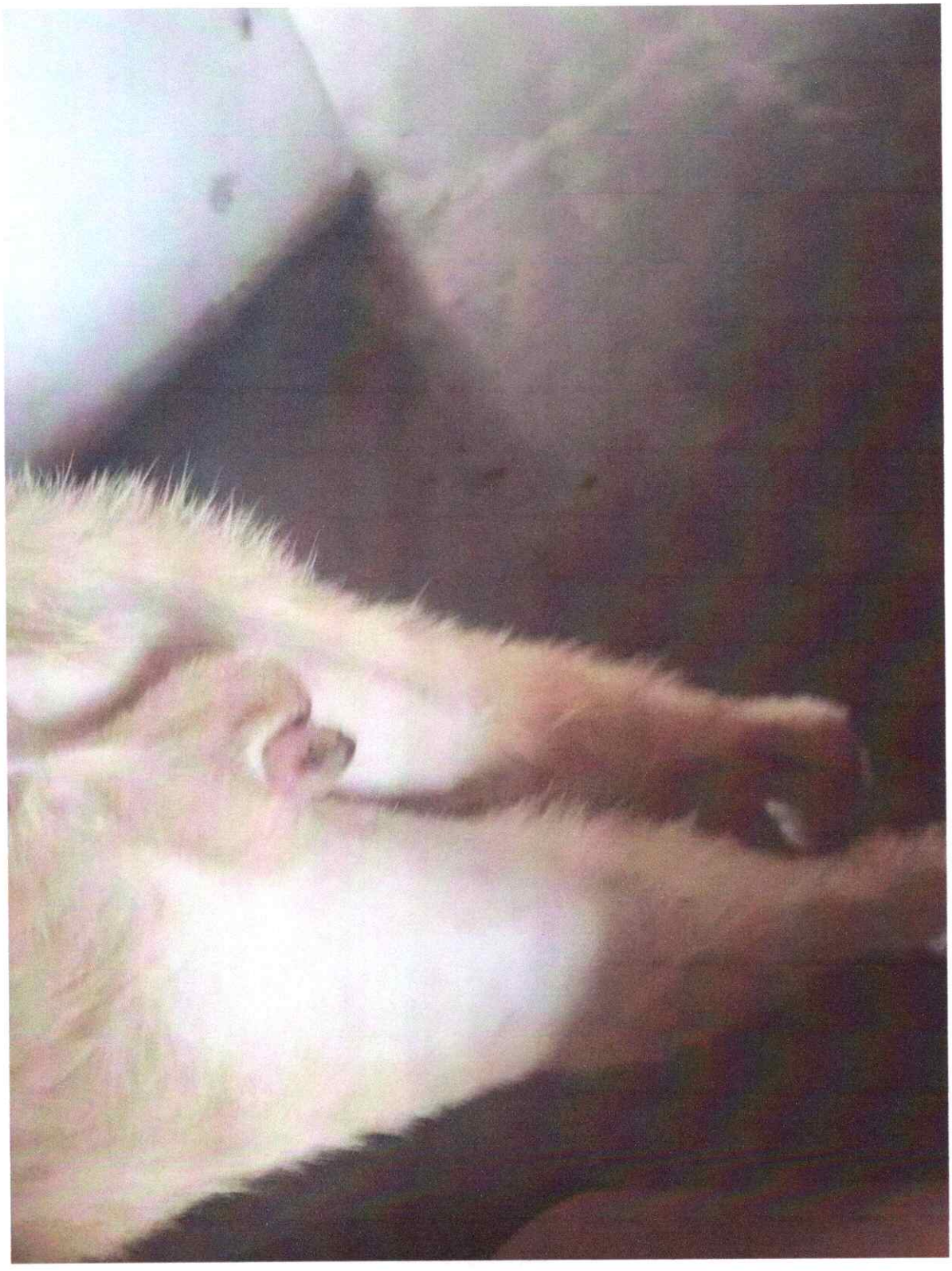
Janeth Guerra

TUTOR RESPONSABLE
C.C No.
39069033









28 DE JULIO


CBA
CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL
PROTEGE
CUIDA
ADOPTA
ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SALUD

CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 22 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES PAULA		**NOMBRE** PEPE	**ESPECIE** FELINO
APELLIDOS RODRIGUEZ NIETO		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** MACHO
C.CX **C.E**__ **PPT**__ **No.** 1.064.807.747		**EDAD** 3 AÑOS	**TALLA** MEDIANO
DIRECCIÓN CALLE 16C 47-747		**COLOR** TRICOLOR	**PESO**
BARRIO HOSPITAL EDUARDO DUMAREJO		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3244449224		**CHIP** 991003003797230	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? _____

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Valoracion para castracion

ANAMNESIS:

Los abandonaron aqui, comen bien, no se han enfermado queremos castrarlos.

OBSERVACIONES DEL CASO:

Apto para castracion

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 60 **FC** 138 **T°** 38°C **TLLC** 3 **PSO2** / **PA** / **C.C.** 3/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta, Activo
SA		NE		**Piel y Anexos**	SA
SA		NE		**Respiratorio**	SA
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas rosadas, Pulso Fuerte
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	Marcha normal - CC 3/5
SA		NE		**Génito - Urinario**	Entero
SA		NE		**Nervioso**	NA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

NA

DIAGNÓSTICO:

NA

PRONÓSTICO: Bueno _____ **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

NA

PRESCRIPCIÓN:

NA

Benjamin Bohmer 1006

MÉDICO VETERINARIO
C.C No.

Paula M. Rodriguez

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 1064801797


OXP-74B

CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 22 / 07 / 2026 **HORA:** 7:78 Am

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES PAULA		**NOMBRE** NEGRITO	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS RODRIGUEZ NIETO		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** MACHO
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 7.064.807.797		**EDAD** 7 AÑO	**TALLA** MEDIANO
DIRECCIÓN CALLE 76 L 47-747		**COLOR** NEGRO	**PESO**
BARRIO HOSPITAL EDUARDO PUMAREJO		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3244449224		**CHIP** 991003003797643	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? _____

AMPLIACIÓN DEL CASO:

La queremos esterilizar.

ANAMNESIS:

Tiene como un año de vida, aquí, no sabemos si esta esterilizada,

OBSERVACIONES DEL CASO:

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 60 **FC** 100 **T°** 38°C **TLLC** 3 **PSO2** _____ **PA** _____ **C.C.** 3/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta, Activo
SA		NE		**Piel y Anexos**	sd
SA		NE		**Respiratorio**	sd
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas rosadas, Pulso fuerte
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 3/5 Marcha normal
SA		NE		**Génito - Urinario**	Entera
SA		NE		**Nervioso**	sd

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

NA

DIAGNÓSTICO:

NA

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

NA

PRESCRIPCIÓN:

NA

Benjamin Butauer
MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 44462

Paula M. Rodriguez
TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 1064801797

CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 22 / 07 / 2026 **HORA:** 7:27

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES	PAULA	**NOMBRE** NEGRA	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS	RODRIGUEZ NIETO	**RAZA** MESTIZO	**SEXO** HEMBRA
C.C__ **C.E**__ **PPT**__ **No.**	1.064.807.797	**EDAD** 1 AÑO	**TALLA** MEDIANO
DIRECCIÓN	CALLE 16C 47-747	**COLOR** NEGRO	**PESO**
BARRIO	HOSPITAL EDUARDO PUMAREJO	**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO	3244449229	**CHIP**	991003003797653
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1 2		

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? _____

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Valoración O/H

ANAMNESIS:

Hace 1 año esta aquí, no sabemos si esta esterilizada, no ha tenido crias, come bien, no se ha enfermado

OBSERVACIONES DEL CASO:

No se evidencian cicatrices

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 36 **FC** 100 **T°** 38,5°c **TLLC** 2 **PSO2** _____ **PA** _____ **C.C.** 3/5

SA		NE		**Aspecto General**
SA		NE		**Piel y Anexos**
SA		NE		**Respiratorio**
SA		NE		**Cardiovascular**
SA		NE		**Gastrointestinal**
SA		NE		**Músculo esquelético**
SA		NE		**Génito - Urinario**
SA		NE		**Nervioso**

Alerta, Activa
SA
SA
Mucosas rosadas, Pulso Fuerte
SA
CC 3/5 Marcha normal
Entera
SA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

NA

DIAGNÓSTICO:

NA

PRONÓSTICO: Bueno _____ **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

NA

PRESCRIPCIÓN:

NA

Benjamin Bahamon

MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 44462

Paula M. Rodriguez

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 1064801797

22JULIO







CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 22 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES	PAULA	**NOMBRE** CELESTE	**ESPECIE** FELINO
APELLIDOS	RODRIGUEZ NIETO	**RAZA** MESTIZO	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.**	1.064.807.797	**EDAD** 3 AÑOS	**TALLA** MEDIANO
DIRECCIÓN	CALLE 76C 97-141	**COLOR** GRIS	**PESO**
BARRIO	HOSPITAL EDUARDO PUMAREJO	**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO	3244449224	**CHIP** 991003003797656	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1 2		

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? _____

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Valoracion OVH

ANAMNESIS:

Está recien parida, hace 4 dias tuvo varios gatos queremos operarla, ya lleva como 3 partos.

OBSERVACIONES DEL CASO:

Paciente recien Parida

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 60 **FC** 100 **T°** 38.7°C **TLLC** 3 Seg **PSO2** / **PA** / **C.C.** 3/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta, Activa
SA		NE		**Piel y Anexos**	SA
SA		NE		**Respiratorio**	SA
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas rosadas
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 3/5 Marcha normal
SA		NE		**Génito - Urinario**	Post Parto (4 días)
SA		NE		**Nervioso**	NA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

NA

DIAGNÓSTICO:

NA

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

NA

PRESCRIPCIÓN:

NA

Benjamin Betancourt

MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 4462

Paula M. Rodriguez

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 1064801797



CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 07 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES	KAREN	**NOMBRE** Toby	**ESPECIE** Canino
APELLIDOS	SIERRA NUÑEZ	**RAZA** Mestizo	**SEXO** M
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.**	49.607.983	**EDAD** 4 AÑOS	**TALLA**
DIRECCIÓN	CALLE 16 N° 3-72	**COLOR** BIEGE	**PESO** 9 kg
BARRIO	ALTA GRACIA CENTRO	**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO	3225407670	**CHIP**	Animal ID 2026-4-23 ISO11784 FDX-B 2031-4-22 991003003797817
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1 2		

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? VALORACIÓN MEDICA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Le salen muchos abcesos y aveces sangra mucho

ANAMNESIS:

Le salen muchos abcesos y tiene hemorragias cuando se lesiona con cualquier cosa. tiene antecedentes de hemotróficos

OBSERVACIONES DEL CASO:

Antecedentes hemotróficos

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 40 RPM **FC** 115 LPM **T°** 38°C **TLLC** 3 Seg **PSO2** ✓ **PA** / **C.C.** 3/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	Pelo irsuto,
SA		NE		**Respiratorio**	
SA		NE		**Cardiovascular**	Taquicardia Pulsos
SA		NE		**Gastrointestinal**	Hiporexia
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 3/5 Taq. Ch. normal
SA		NE		**Génito - Urinario**	Castrado
SA		NE		**Nervioso**	SA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS ✓ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

Anemia regenerativa

DIAGNÓSTICO:

Presuntivo hemotrópicos

PRONÓSTICO: Bueno ✓ **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Edo Dogg y Cef

PRESCRIPCIÓN:

N/A.

Bayron Bravo

MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 4446G2

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 49 607 483

CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 02 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES KAREN		**NOMBRE** FRANCISCA	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS SIERRA NUÑEZ		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** ___ **PPT** ___ **No.** 49.607.983		**EDAD** 2 AÑOS	**TALLA**
DIRECCIÓN CALLE 76 N 3-72		**COLOR** NEGRO	**PESO** 13 kg
BARRIO ALTA GRACIA		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3225907670		**CHIP** 991003003797818	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? VALORACIÓN MEDICA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Tiene problema de Piel

ANAMNESIS:

se rasca ocasionalmente Pero ella es alegre

OBSERVACIONES DEL CASO:

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 35 RPM **FC** 127 LPM **T°** 39.1°C **TLLC** 3 seg **PSO2** / **PA** / **C.C.** 3/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	Hiperqueratosis, pelo ralo, alopecia
SA		NE		**Respiratorio**	SA
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas rosa pulsos
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 3/5
SA		NE		**Génito - Urinario**	Esterilizada
SA		NE		**Nervioso**	

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A espera resultados

DIAGNÓSTICO:

Presuntivo Dermatosis por malassezia

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Felo dexa y alf

PRESCRIPCIÓN:

NA Dermosyn loción

Benjamin Matheus

MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 44462

Karen Sarria

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 1.007.903.



CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 02 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES KAREN		**NOMBRE** NEGRO	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS SIERRA NUÑEZ		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** MACHO
C.C X **C.E** ___ **PPT** ___ **No.** 49.607.983		**EDAD** 10 AÑOS	**TALLA** x adulto
DIRECCIÓN CALLE 76 N° 3-72		**COLOR** NEGRO	**PESO**
BARRIO ALTA GRACIA CENTRO		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3225907670		**CHIP** 991003003797819	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? VALORACIÓN MEDICA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

ha perdido mucha masa muscular, tiene antecedentes de hemoparasitos

ANAMNESIS:

tiene hemoparasitos, le hemos dado doxiciclina, desde el año pasado esta perdiendo mucha masa muscular. tambien le hemos dado complejo b

OBSERVACIONES DEL CASO:

A espera de resultados laboratorio

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 28 RPM **FC** 100 LPM **T°** 38.1°C **TLLC** 2seg **PSO2** / **PA** / **C.C.** 2/5

SA		NE		**Aspecto General**	Letargica
SA		NE		**Piel y Anexos**	SA
SA		NE		**Respiratorio**	SA
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas Rosadas, Pulso normal
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA.
SA		NE		**Músculo esquelético**	Cc 2/5 Marcha normal
SA		NE		**Génito - Urinario**	Entero
SA		NE		**Nervioso**	N/A

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS X **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A esperar resultados laboratorio

DIAGNÓSTICO:

Presuntivo

PRONÓSTICO: Bueno _____ **Reservado** X **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Eco Dopg y Cort

PRESCRIPCIÓN:

N/A

Benjamin B

MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 1144162

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 1 607 983



CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 02 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES KAREN SIERRA NUÑEZ		**NOMBRE** NIÑA	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS KAREN SIERRA NUÑEZ		**RAZA** MESTIZA	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** ___ **PPT** ___ **No.** 49.607.983		**EDAD** 6 AÑOS	**TALLA**
DIRECCIÓN CALLE 76 N. 3-72		**COLOR** NEGRA	**PESO**
BARRIO ALTA GRACIA CENTRO		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3225902670		**CHIP** 991003003797820	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? VALORACIÓN MEDICA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

come y no engorda, se esta adelgazando.

ANAMNESIS:

se ha adelgazado tambien, come bastante y no engorda

OBSERVACIONES DEL CASO:

si estan resultados

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 38 Rm **FC** 140 Rm **T°** 38.5°C **TLLC** 3 seg **PSO2** / **PA** / **C.C.** 3/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	SA
SA		NE		**Respiratorio**	SA
SA		NE		**Cardiovascular**	MUCOSAS rosadas
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 3/5
SA		NE		**Génito - Urinario**	Esterilizada
SA		NE		**Nervioso**	SA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS + **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A

DIAGNÓSTICO:

Presuntivo Desnutricion secundaria a Parasitosis, hemotropicos, etc

PRONÓSTICO: Bueno √ **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Cao dogg y Caf

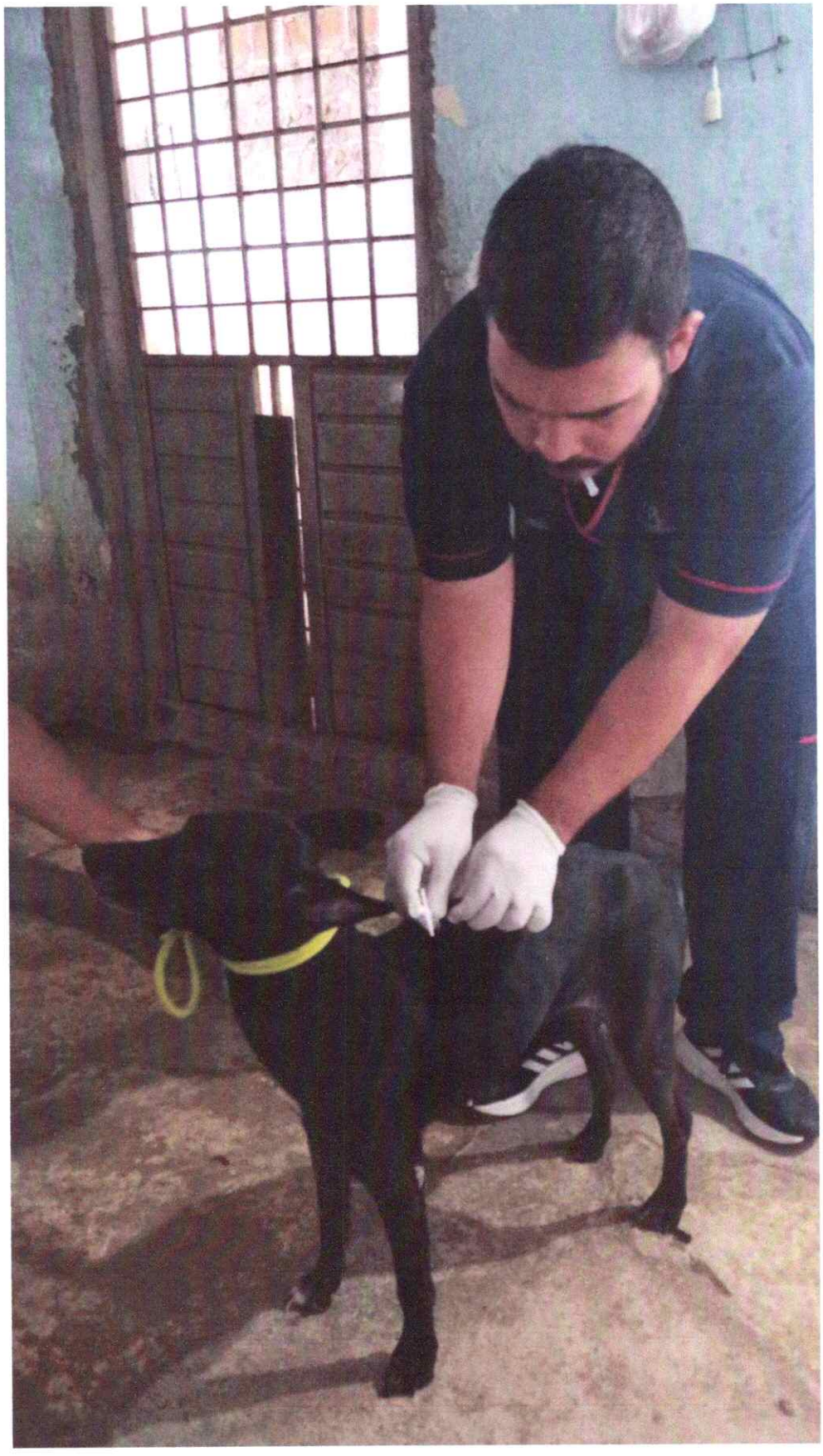
PRESCRIPCIÓN:

CA

Brayan Bejarano Pérez
MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 44162...

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 44607483.





CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 14 / 07 / 2026 **HORA:** 8:54 am

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES ALEXANDER DAVID	**NOMBRE** NALA	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS AGUILAR RAMOS	**RAZA** MESTIZO	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 7.065.672.753	**EDAD** 4 AÑOS	**TALLA** MEDIANA
DIRECCIÓN CALLE 20E 3-58	**COLOR** NEGRO	**PESO** 9 Kg
BARRIO VILLA CASTRO	**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3246465268	**CHIP** 991003003797822	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 X 2		

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? ATROPELLADA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Creo que la atropellaron hace 5 días

ANAMNESIS:

Tiene 5 días de estar así coja, creo que tiene la pata fracturada, nos preocupa que esta baja de ánimo

OBSERVACIONES DEL CASO:

se sugiere Rx de cadera vista VD y LL

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 92 **FC** 120 x/m **T°** 39°c **TLLC** 3 seg **PSO2** _____ **PA** _____ **C.C.** _____

SA		NE	**Aspecto General**	Decaides
SA		NE	**Piel y Anexos**	SA
SA		NE	**Respiratorio**	SA
SA		NE	**Cardiovascular**	Mucosas rosa Pálidas
SA		NE	**Gastrointestinal**	SA
SA		NE	**Músculo esquelético**	Cc 2/5 Cojera MPI
SA		NE	**Génito - Urinario**	Entera, Recién Parida
SA		NE	**Nervioso**	V A

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A espera resultados laboratorio y RX

DIAGNÓSTICO:

Presuntivo Fractura cadera, luxación coxofemoral.

PRONÓSTICO: Bueno ___x___ **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

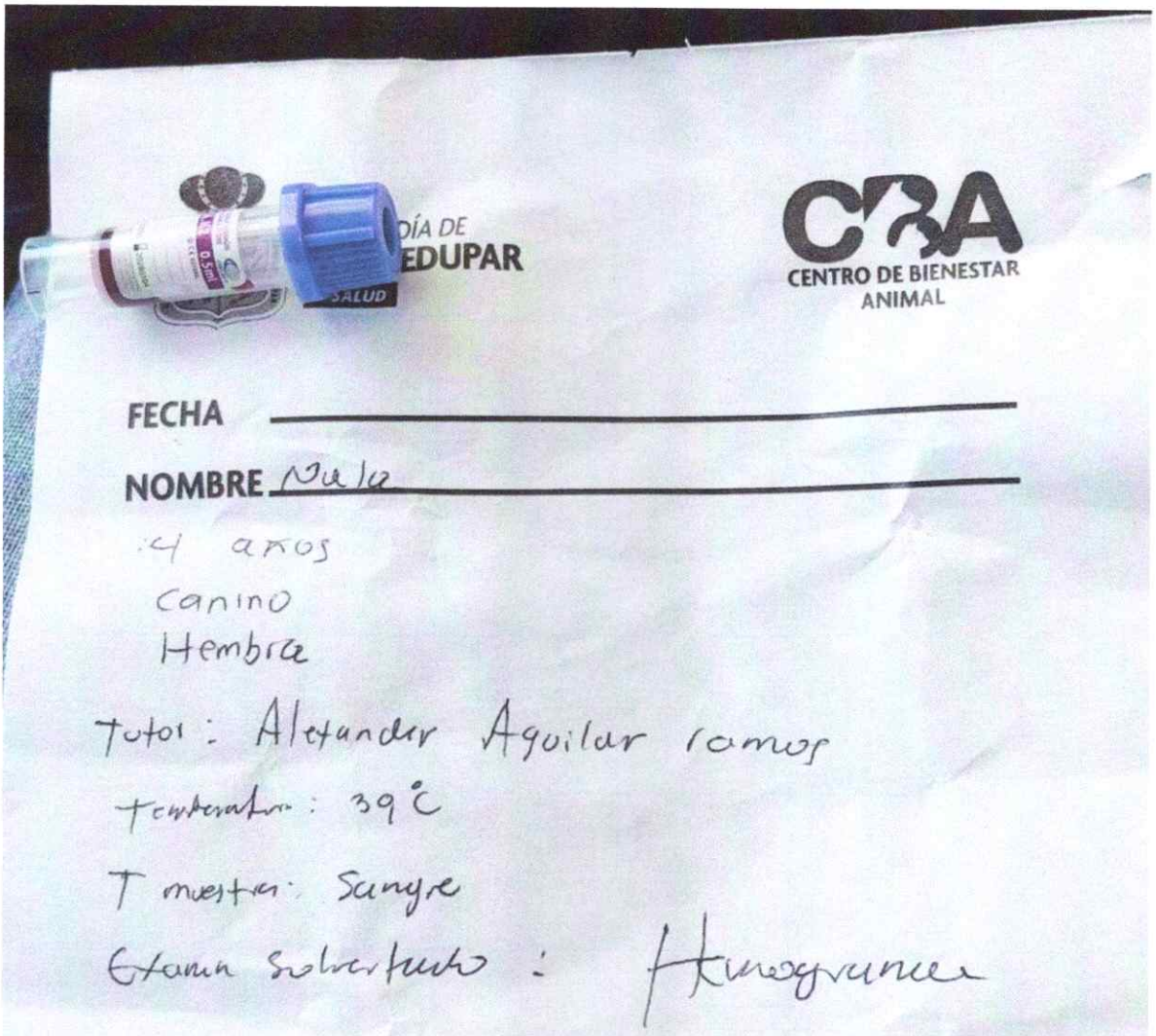
Ketoprofeno 2mg/Kg

PRESCRIPCIÓN:

Anfofen tabletas.

Brayan Betancur
MÉDICO VETERINARIO
C.C No.

Alexander Agudelo
TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 1063612453



DÍA DE
EDUPAR

CBA
CENTRO DE BIENESTAR
ANIMAL

FECHA _____

NOMBRE Nala

:4 años
Canino
Hembra

Tutor: Alejandro Aguilar ramos

Temperatura: 39°C

T muestra: Sangre

Examen solicitado: Hemograma


PLAY TBALL



CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 02 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES KAREN		**NOMBRE** AMAZONA	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS SIERRA NUÑEZ		**RAZA** MESTIZA	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 49.607.983		**EDAD** 4 AÑOS	**TALLA**
DIRECCIÓN CALLE 76 N° 3-72		**COLOR** NEGRO	**PESO**
BARRIO ALTA GRACIA CENTRO		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3225907670		**CHIP** 991003003797825	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 X 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? VALORACION MEDICA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

NO Sube de Peso, Vacuna antirrabica

ANAMNESIS:

come bastante no quiere subir de Peso, hace 3 meses la desparasitamos. y le Pusimos complejo B.

OBSERVACIONES DEL CASO:

A ojos Rosa pestañeo

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 30 RPM **FC** 170 LPM **T°** 38.5 °C **TLLC** 3Seg **PSO2** / **PA** / **C.C.** 3/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	sd
SA		NE		**Respiratorio**	sd
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas rosa pálidas
SA		NE		**Gastrointestinal**	sd
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 3/5 marcha normal
SA		NE		**Génito - Urinario**	Esternudos
SA		NE		**Nervioso**	NA.

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A espera resultados

DIAGNÓSTICO:

Parvovirus hemoparásitos

PRONÓSTICO: Bueno X _____ **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Edo dogg y Cert

PRESCRIPCIÓN:

N/A

Benjamin Betancur

MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 44462

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 94607985

CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 02 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES KAREN		**NOMBRE** GORDITA	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS SIERRA NUÑEZ		**RAZA** MESTIZA	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** ___ **PPT** ___ **No.** 49.607.983		**EDAD** 7 AÑOS	**TALLA**
DIRECCIÓN CALLE 76 N° 3-72		**COLOR** CANELA	**PESO**
BARRIO ALTA GRACIA CENTRO		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3225907670		**CHIP** 991003003797826	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? VALORACIÓN MEDICA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Come bastante y no engorda.

ANAMNESIS:

Tiene antecedentes de hemoparasitos, también se ha adelgazado mucho, come bastante y no engorda, le hemos dado Doxiciclina, completo 3.

OBSERVACIONES DEL CASO:

A espera resultados

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 28 rpm **FC** 130 lpm **T°** 38.8°C **TLLC** 3 Seg **PSO2** / **PA** / **C.C.** 2/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	SA
SA		NE		**Respiratorio**	SA
SA		NE		**Cardiovascular**	Taquicardia Ritmo Rítmicos
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 2/5
SA		NE		**Génito - Urinario**	Esterilizados
SA		NE		**Nervioso**	NSA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS X **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A espera resultados

DIAGNÓSTICO:

Presuntivo hemotrópicos / Parasitosis

PRONÓSTICO: Bueno _____ **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

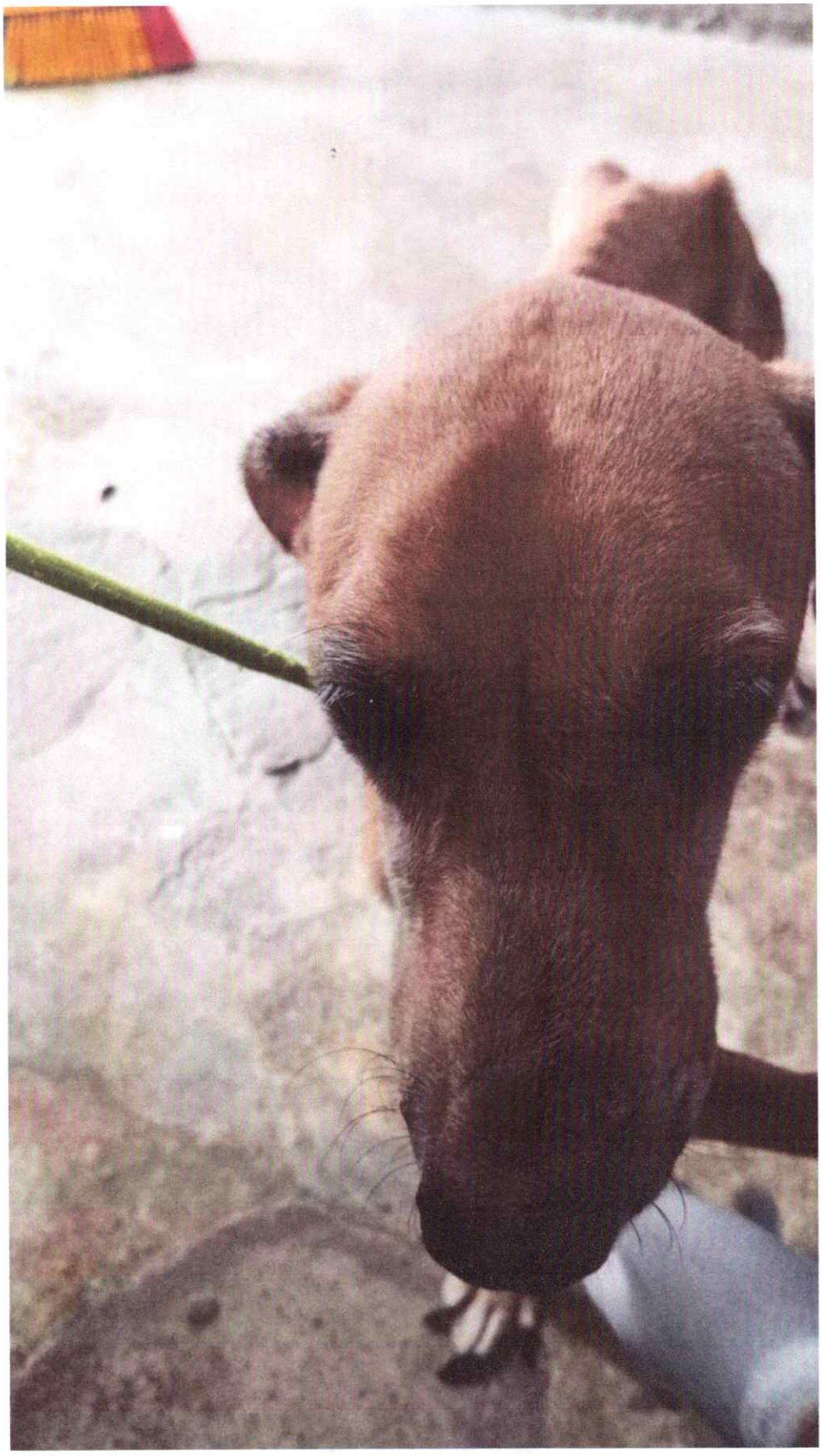
Eco doppler y Card

PRESCRIPCIÓN:

NA

Benjamin Betancur Perez
MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 44462

Diana M Sarmiento
TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 49607 983



CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 02 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES KAREN		**NOMBRE** MAYA	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS SIERRA NUÑEZ		**RAZA** MESTIZA	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 49.607.983		**EDAD** 10 AÑOS	**TALLA**
DIRECCIÓN CALLE 16 N. 3-72		**COLOR** NEGRO	**PESO**
BARRIO ALTA GRACIA CENTRO		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3225907670		**CHIP** 991003003797827	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? VALORACION MEDICA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Ya esta vuejita, come bastante tambien ha adelgazado tiene tumor

ANAMNESIS:

Tiene un tumor mamario le ha crecido, esta delgada pero come bastante,

OBSERVACIONES DEL CASO:

A espera resultados-

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 20 RPm **FC** 80 Lpm **T°** 38.5°C **TLLC** 3Seg **PSO2** / **PA** / **C.C.** 2/5

SA		NE		**Aspecto General**
SA		NE		**Piel y Anexos**
SA		NE		**Respiratorio**
SA		NE		**Cardiovascular**
SA		NE		**Gastrointestinal**
SA		NE		**Músculo esquelético**
SA		NE		**Génito - Urinario**
SA		NE		**Nervioso**

Alert
SA Otra mala Higiene.
SA
Mucosas rosas Pulsos
SA
CC 3/5 — Tranchei normal
Esterilizada
NA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A espera de resultados

DIAGNÓSTICO:

Presentó hematomas, Laceración Secundaria a Mordedura

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Cefa dexa y AU

PRESCRIPCIÓN:

NA

Brayan Bejarano

MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 64462

Daniela Sierra

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 1160799893



CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 02 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES KAREN		**NOMBRE** MAX	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS SIERRA NUÑEZ		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** MACHO
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 49.607.983		**EDAD** 5 AÑOS	**TALLA**
DIRECCIÓN CALLE 76 N 3-72		**COLOR** AMARILLO	**PESO**
BARRIO ALTA GRACIA CENTRO		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3225907670		**CHIP** 991003003797828	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? VALORACIÓN MEDICA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Come y no engorda, se ha adelgazado mucho.

ANAMNESIS:

Tiene displasia de cadera desde muy joven, se ha adelgazado bastante y come bastante. Se le fue Parvo Complejo B y no ha mejorado

OBSERVACIONES DEL CASO:

A espera resultados.

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 40 Lpm **FC** 120 Lpm **T°** 38.5°C **TLLC** 3seg **PSO2** / **PA** / **C.C.** 2/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	SA
SA		NE		**Respiratorio**	SA
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas rosadas
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 2/5
SA		NE		**Génito - Urinario**	Castrado
SA		NE		**Nervioso**	

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS X **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A espera resultados

DIAGNÓSTICO:

Presuntivo Desnutrición Sicoderma a Parasitosis, hemotrópicos

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Edo dog y cat

PRESCRIPCIÓN:

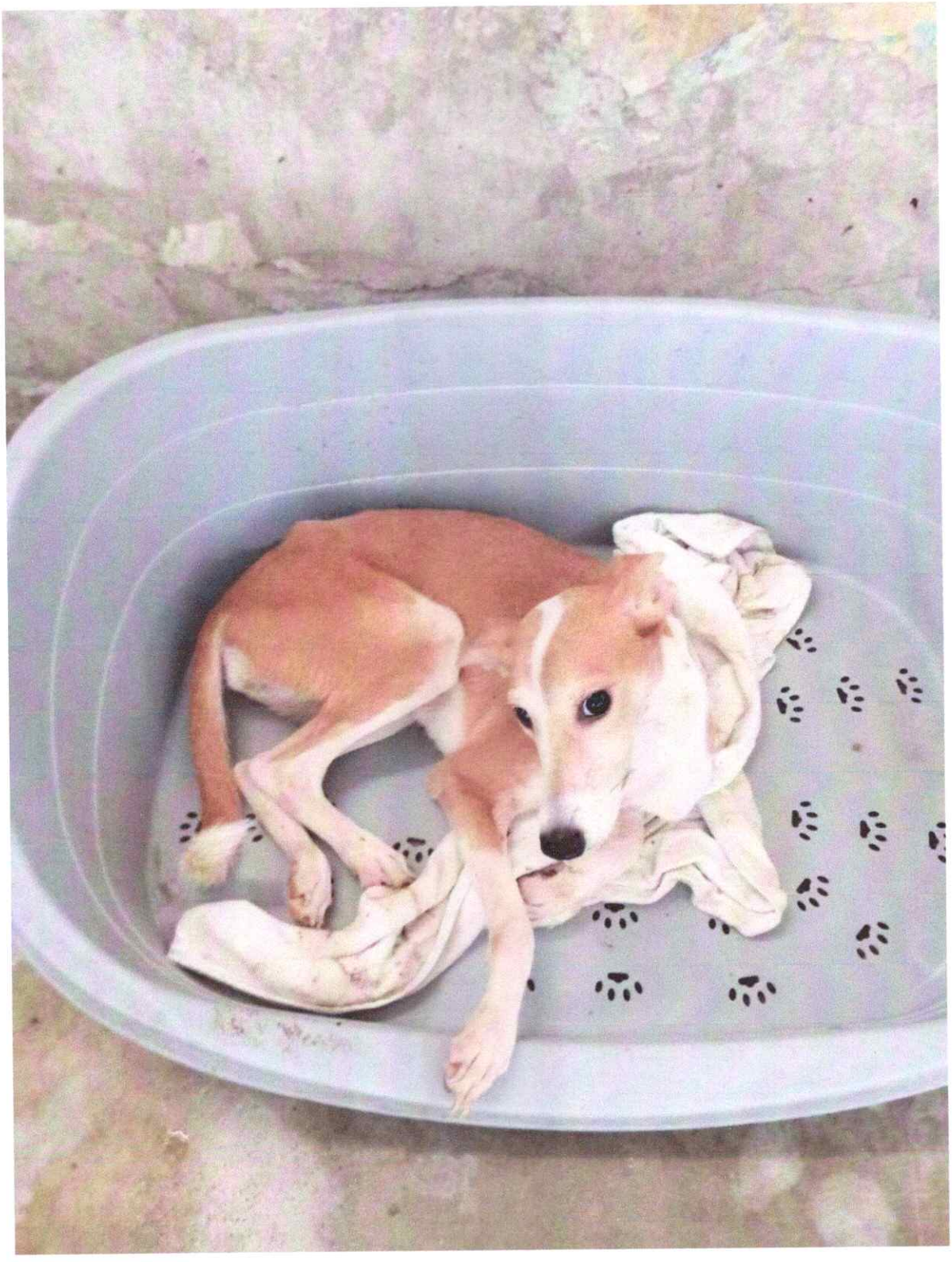
NA

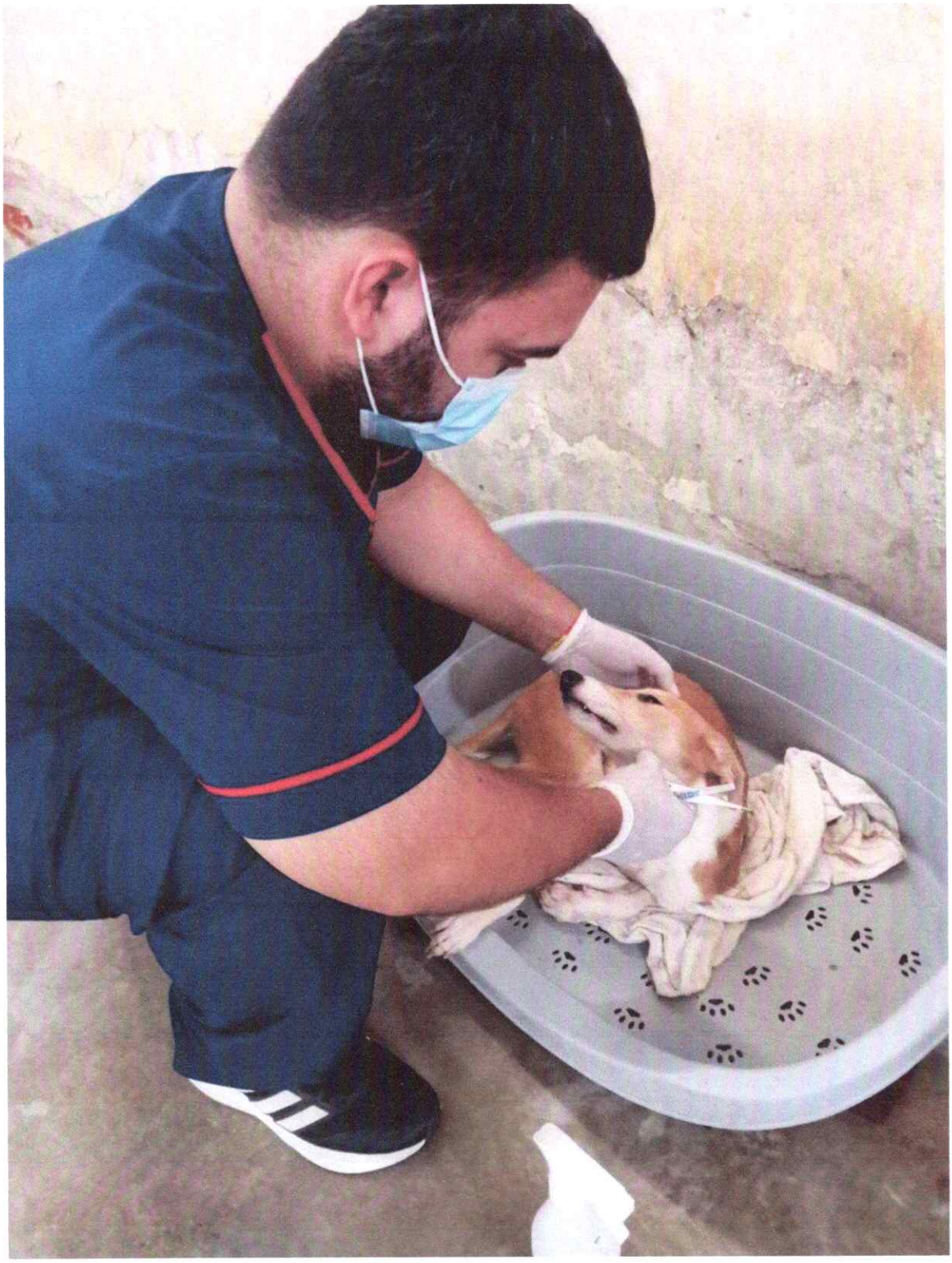
Brayan Bohorquez

MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 44462

Doris M Serna

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 44 607 983





CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 02 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES KAREN		**NOMBRE** GRESIA	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS SIERRA NUÑEZ		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** ___ **PPT** ___ **No.** 49.607.983		**EDAD** 8 MESES	**TALLA**
DIRECCIÓN CALLE 76 N 3-72		**COLOR** negro	**PESO**
BARRIO ALTA GRACIA CENTRO		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3225907670		**CHIP** 991003003797829	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? VALORACIÓN MEDICA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Come muy poco, Sufre de la vista

ANAMNESIS:

a veces no quiere comer, los ojitos se le llenan de laguna, se le ponen rojos y se le cae el pelo

OBSERVACIONES DEL CASO:

A espera resultados

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 40 rpm **FC** 120 lpm **T°** 38.6°C **TLLC** 3seg **PSO2** / **PA** / **C.C.** 3/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	SS
SA		NE		**Respiratorio**	SA
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas rosa pálidas
SA		NE		**Gastrointestinal**	Hiporexia
SA		NE		**Músculo esquelético**	Cc 3/5
SA		NE		**Génito - Urinario**	Estomatocele
SA		NE		**Nervioso**	

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS X **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A espera resultados

DIAGNÓSTICO:

Hemoparásitos, deshidratación subclínica, parasitosis

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Cdo dogg y Cat

PRESCRIPCIÓN:

NA

Benjamin Bahamon P

MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 4446 62

Diana Sierra

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 41007485



CRA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 07 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES KAREN		**NOMBRE** BLAQUI	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS SIERRA NUÑEZ		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 49.607.983		**EDAD** 4 AÑOS	**TALLA**
DIRECCIÓN CALLE 16 N° 3-72		**COLOR** NEGRA	**PESO**
BARRIO ALTA GRACIA CENTRO		**NÚMERO DE CASO**	2
TELÉFONO 3225907670		**CHIP** 991003003797830	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA;
¿Cuál? VALORACION MEDICA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

tiene problemas de caderas y hemoparasitos

ANAMNESIS:

Tiene problemas de caderas, tiene hemoparasitos, ~~hubo~~ momentos donde no camina, le aplicamos complejo B, le damos antibiotico hace 2 meses

OBSERVACIONES DEL CASO:

NA.

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR_____ **FC** _____ **T°** 38.9°C **TLLC** 3 s **PSO2** 1 **PA** / **C.C.** 2/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	SA
SA		NE		**Respiratorio**	SA
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas Pulsos
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 2/5
SA		NE		**Génito - Urinario**	Estenosis
SA		NE		**Nervioso**	SA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS + **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A espera resultados laboratorio

DIAGNÓSTICO:

Positivo Hemotrópicos

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Edo Dogg y Cef

PRESCRIPCIÓN:

N A

MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 4446?

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 42607983


CBA
CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL
ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
LTL 353


CBA



CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 02 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES KAREN		**NOMBRE** REINA	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS SIERRA NUÑEZ		**RAZA** MESTIZA	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 49.607.983		**EDAD** 8 AÑOS	**TALLA** Mediana
DIRECCIÓN CALLE 76 N. 3-72		**COLOR** BLANCA	**PESO**
BARRIO ALTA GRACIA		**NÚMERO DE CASO**	4
TELÉFONO 3225907670		**CHIP** 991003003797831	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:,
¿Cuál? VALORACION MEDICA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Tiene una Verruga grande en la cara, le Crece mucho.

ANAMNESIS:

Hace 6 meses llegó con una verruga, le han crecido mucho algunas veces le sale Sangrecita, no le hemos dado medicamentos, ultima desparasitación hace 3 meses

OBSERVACIONES DEL CASO:

Se sugiere estudio de histopatología y Perfil Radiológico

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 20 r/m **FC** 112 l/m **T°** 37.8° C **TLLC** 3 Seg **PSO2** _____ **PA** _____ **C.C.** 4/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	masa en área lagrimal – temporal.
SA		NE		**Respiratorio**	
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas rosa pálidas
SA		NE		**Gastrointestinal**	
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 4/5 Mucha normal
SA		NE		**Génito - Urinario**	Esterilizada
SA		NE		**Nervioso**	N

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS X **Coprológico** _____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A espera resultados

DIAGNÓSTICO:

Presuntivo Mastocitoma, melanoma

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Edu Doy y cat

PRESCRIPCIÓN:

NA

Bayron Bautista
MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 64462

Diana P Serrano
TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 1160849483



CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 02 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES KAREN		**NOMBRE** TOBY #2	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS SIERRA NUÑEZ		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** MACHO
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 49.607.983		**EDAD** 10 AÑOS	**TALLA**
DIRECCIÓN CALLE 16 N° 3-72		**COLOR** AMARILLO	**PESO**
BARRIO ALTA GRACIA CENTRO		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3225907670		**CHIP** 991003003797832	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1X 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? VALORACION MEDICA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Se le cae mucho el pelo, le esta creciendo el abdomen

ANAMNESIS:

Se le cae mucho el pelo, hemos notado hace varias semanas que le ha crecido el abdomen, tiene como una bola del lado derecho.

OBSERVACIONES DEL CASO:

Se sugiere ecografía abdominal

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR_____ **FC** _____ **T°** 38.1°c **TLLC** 3 Seg **PSO2** / **PA** (. **C.C.** 4/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	Alopecia, Pelo roto
SA		NE		**Respiratorio**	SA
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas rosa pálidas
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 4/5 - Marcha normal
SA		NE		**Génito - Urinario**	Castrado
SA		NE		**Nervioso**	NA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS / **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A espera resultados Laboratorio

DIAGNÓSTICO:

Presuntivo Endocrino Cushing, Diabetes, Hipotiroidismo,

PRONÓSTICO: Bueno _____ **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Edo dog y cat

PRESCRIPCIÓN:

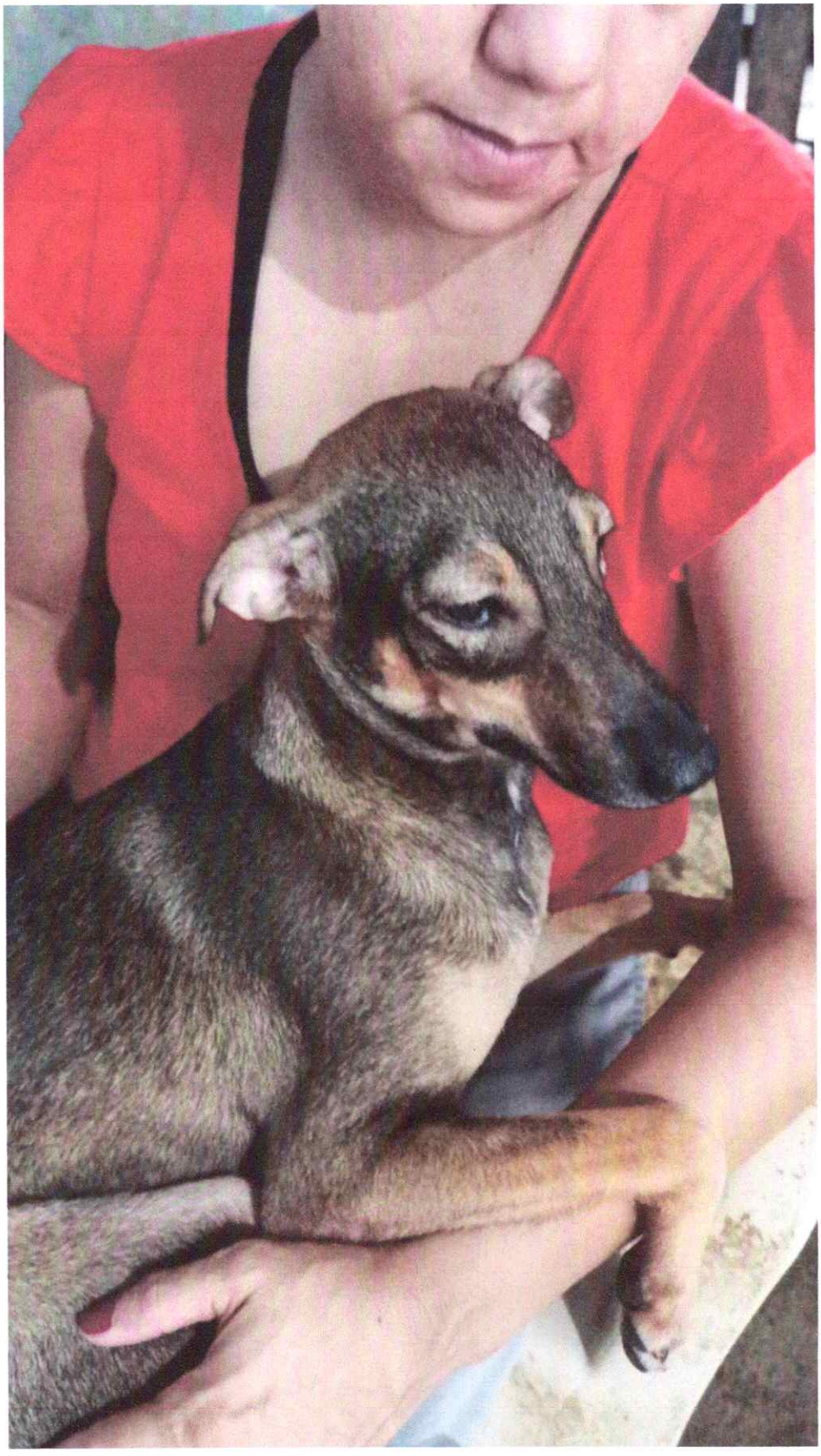
NA

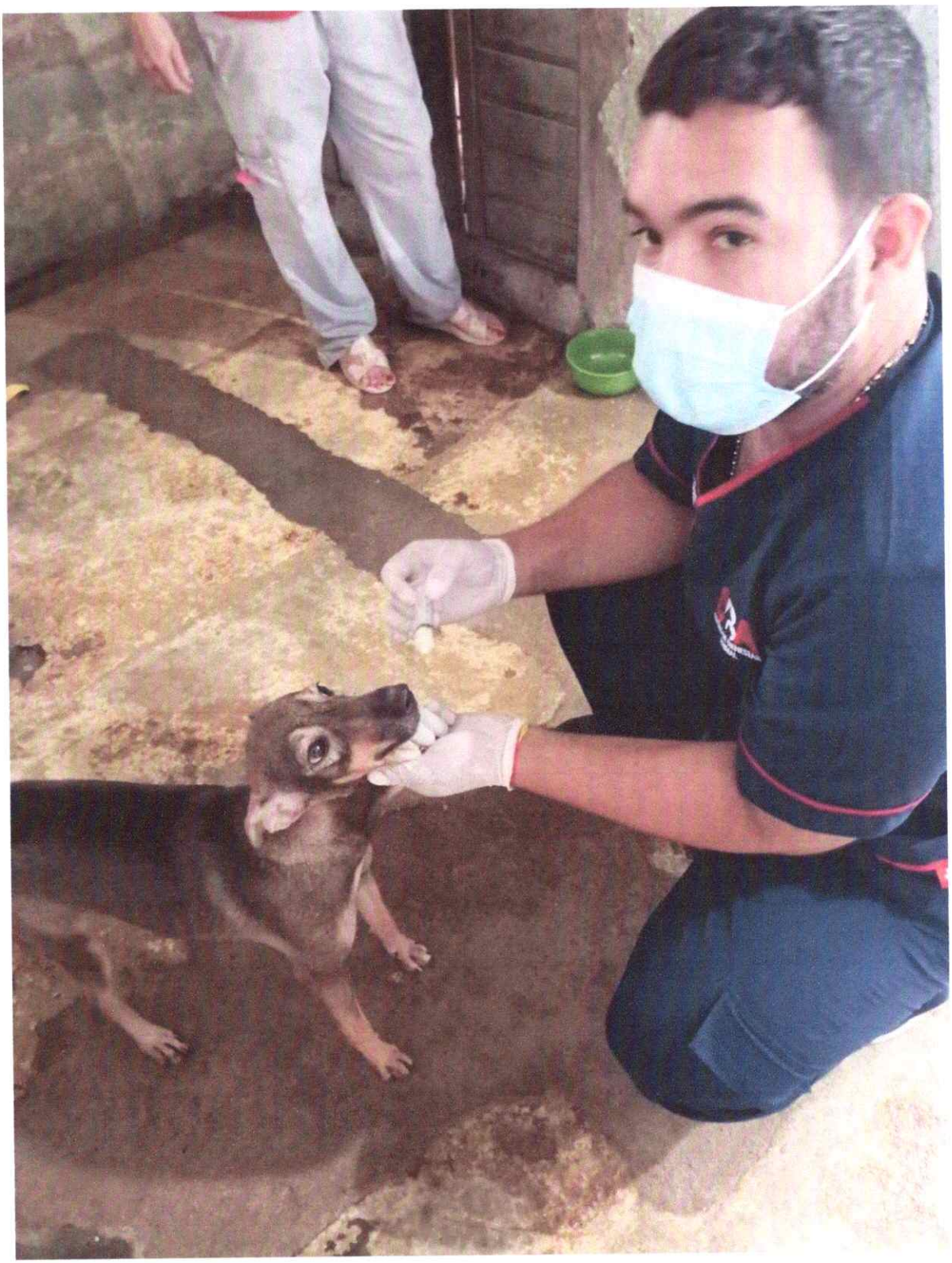
Benjamin Betancur

MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 4446 2

Daniel Sierra

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 1107483





CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 02 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES KAREN		**NOMBRE** LUNA P.	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS SIERRA NUÑEZ		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 49.607.983		**EDAD** 10 AÑOS	**TALLA**
DIRECCIÓN CALLE 76 N° 3-72		**COLOR** BLANCO Y ARA	**PESO**
BARRIO ALTA GRACIA CENTRO		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3225907670		**CHIP** 991003003797833	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? VALORACIÓN MEDICA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

come y no engorda, tuvo hemotropicos

ANAMNESIS:

Tiene antecedentes de hemoparasitos, otohematoma, le hemos puesto complejo b y Doxiciclina, come mucho pero no engorda, tiene antecedentes de otohematoma

OBSERVACIONES DEL CASO:

A espera resultados de laboratorio.

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 6 **FC** 100 Lpm **T°** 38.5 **TLLC** 3 Seg **PSO2** / **PA** 7 **C.C.** 2/5

SA		NE		**Aspecto General**	
SA		NE		**Piel y Anexos**	Antecedente otoleucotomo, otros
SA		NE		**Respiratorio**	SA
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas rosa pálidas
SA		NE		**Gastrointestinal**	Hiporexia
SA		NE		**Músculo esquelético**	C 2/5
SA		NE		**Génito - Urinario**	Esterilizada
SA		NE		**Nervioso**	SA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS X **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A espera resultados

DIAGNÓSTICO:

Presuntivo hemotrópicos, parasitosis

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

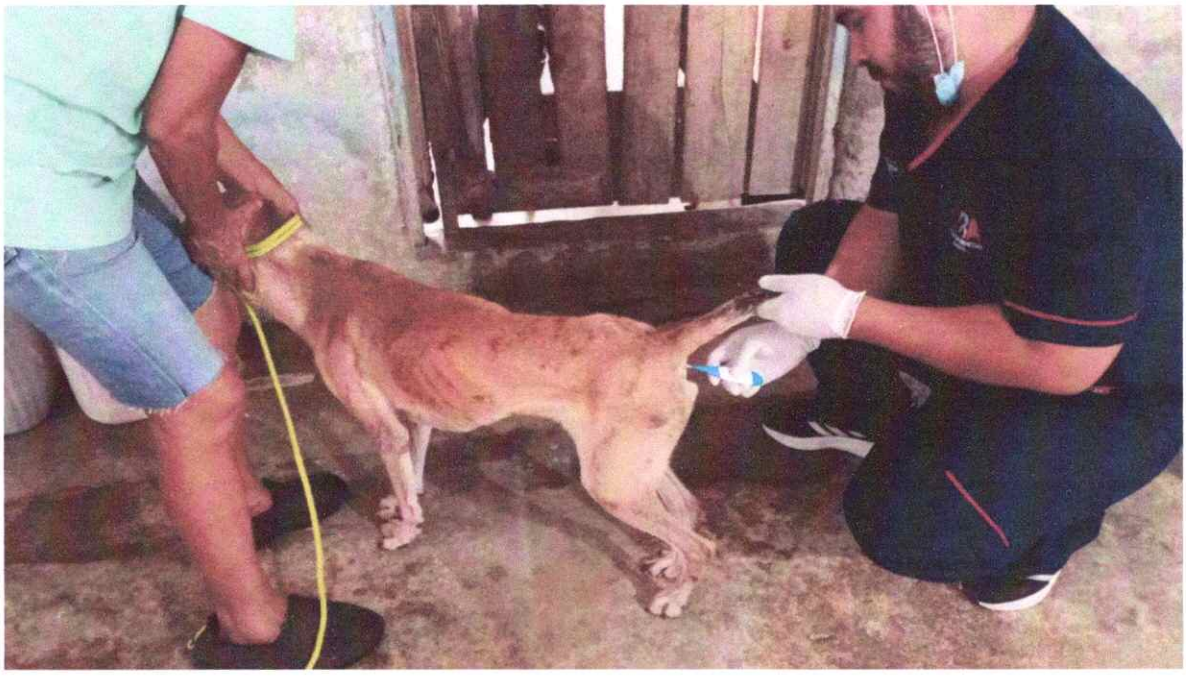
Cdo dog y art

PRESCRIPCIÓN:

NA

Beymm Bermor Reyes
MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 44462

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 1 007 483.



CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 02 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES KAREN		**NOMBRE** SKAIRA	**ESPECIE** Canino
APELLIDOS SIERRA NUÑEZ		**RAZA** MESTIZA	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 49.607.983		**EDAD** 2 AÑOS	**TALLA**
DIRECCIÓN CALLE 76 N. 3-72		**COLOR** NEGRO	**PESO**
BARRIO ALTA GRACIA CENTRO		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3225907670		**CHIP** 991003003797834	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? VALORACION MEDICA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Se ha adelgazado y come bastante

ANAMNESIS:

tiene el esmalte dental negro, se ha adelgazado bastante, come bastante, la desparasitan hace 3 meses

OBSERVACIONES DEL CASO:

S/A.

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 40 RPM **FC** 120 LPM **T°** 38.4°C **TLLC** 3 seg **PSO2** / **PA** / **C.C.** 2/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	SA
SA		NE		**Respiratorio**	SA
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas pálidas
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 2/5 fractura no rmal
SA		NE		**Génito - Urinario**	Esterilizada
SA		NE		**Nervioso**	NA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS X **Coprológico** _____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A espera resultados

DIAGNÓSTICO:

Presuntivo Parasitosis, hemo trópicos,

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

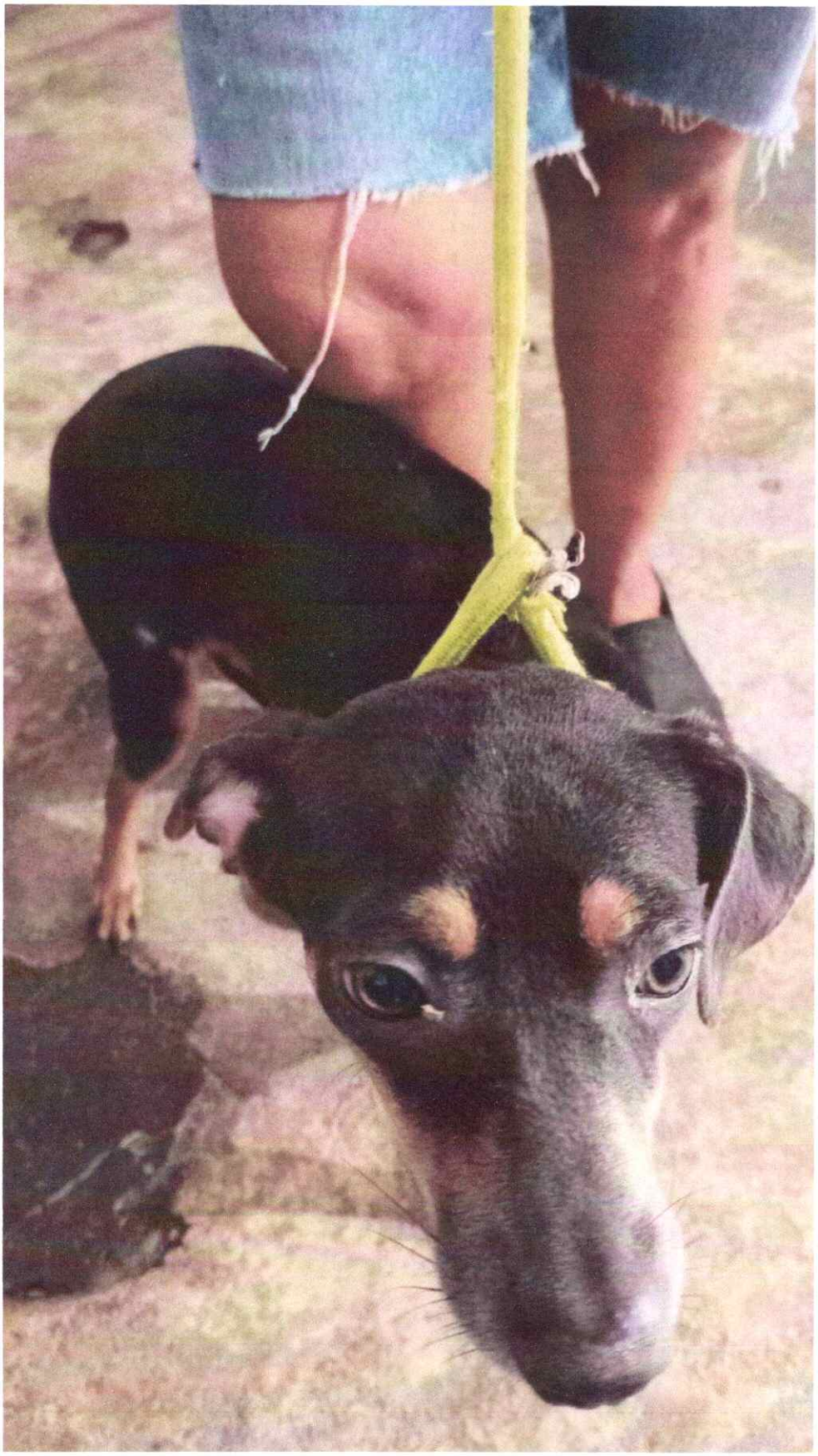
Cdo Dog y cat

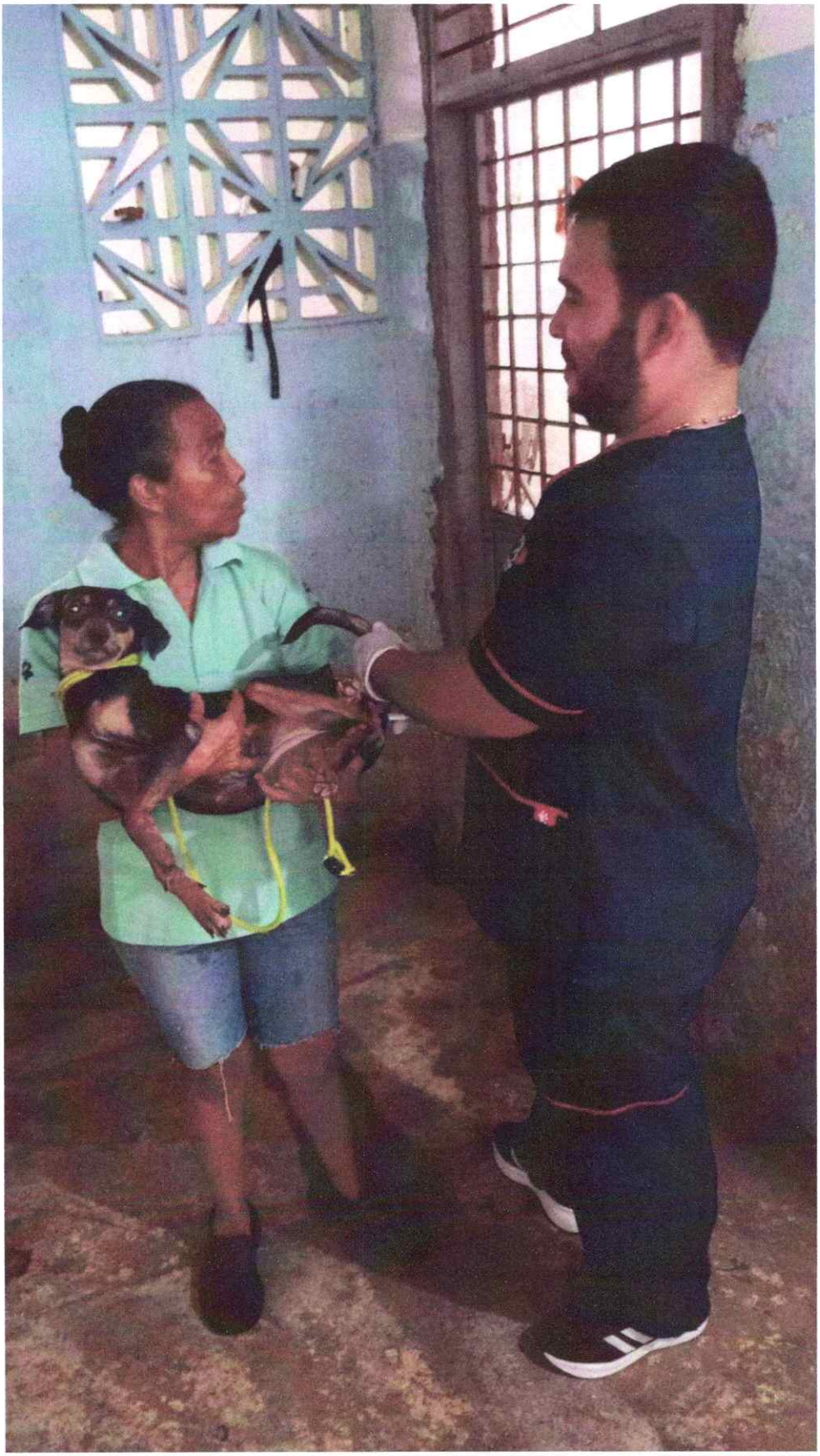
PRESCRIPCIÓN:

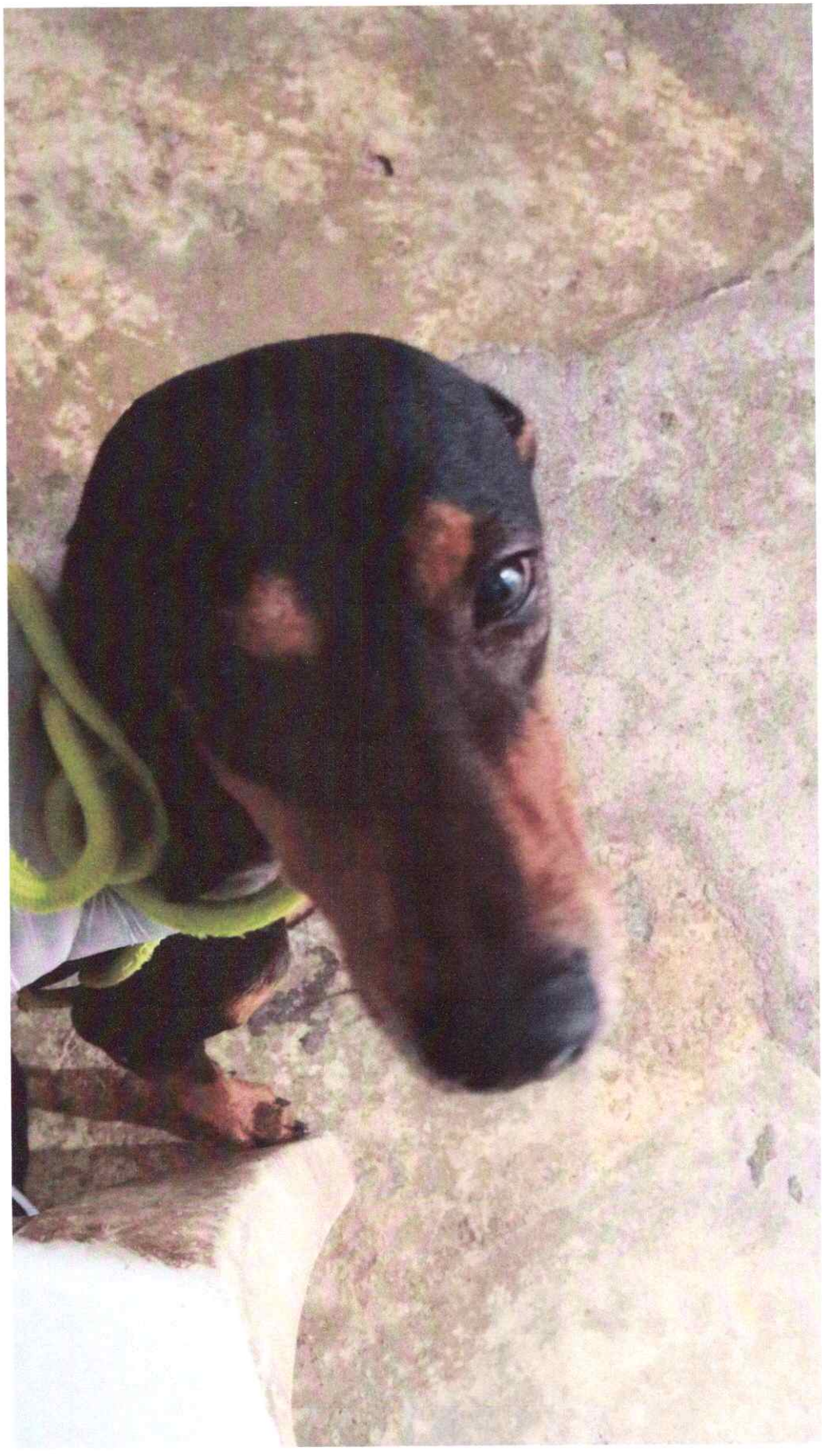
NA

Benjamin Betancur P.
MÉDICO VETERINARIO 44462
C.C No.

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 44 607 983







CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 02 / 07 / 2026 **HORA:** _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES KAREN SIERRA NUÑEZ		**NOMBRE** Mona	**ESPECIE** Canino
APELLIDOS SIERRA NUÑEZ		**RAZA** Mestizo	**SEXO** Hembra
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 49.607.983		**EDAD** 10 años aprox	**TALLA** Mediana
DIRECCIÓN CALLE 16 N° 3-72		**COLOR** AMARILLO	**PESO**
BARRIO ALTA GRACIA CENTRO		**NÚMERO DE CASO**	7
TELÉFONO 3225907670		**CHIP**	991003003797835
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1X 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? VALORACION MEDICA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Esta perdiendo mucho Peso aunque come mucho

ANAMNESIS:

ella esta desnutrida hace 3 meses estaba gordita y ahora se ha adelgazado mucho.

OBSERVACIONES DEL CASO:

A espera resultados

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 45 RPM **FC** 110 lpm **T°** 39.2 **TLLC** 3 Seg **PSO2** / **PA** / **C.C.** 2/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	SA
SA		NE		**Respiratorio**	SA
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas pálidas
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	Ataxia normal
SA		NE		**Génito - Urinario**	Esterilizada
SA		NE		**Nervioso**	SA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS X **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A espera de resultados laboratorio

DIAGNÓSTICO:

presuntivo parasitosis, hemoparasitos,

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Febendazol

PRESCRIPCIÓN:

NA.

Benjamin Bustamante

MÉDICO VETERINARIO
C.C No.

Diana M Serna V.

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 44'607 983

CBA	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01 FECHA: 28/03/2024 VERSIÓN: 3 PÁGINA 1 de 1

FECHA: 02 / 07 / 2026 HORA: _____

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES KAREN SIERRA NUÑEZ	NOMBRE Nona	ESPECIE Canino	
APELLIDOS SIERRA NUÑEZ	RAZA Mestizo	SEXO Hembra	
C.C X C.E ___ PPT ___ No. 49.607.983	EDAD 10 años	TALLA Mediana	
DIRECCIÓN CALLE 16 N° 3-72	COLOR AMARILLO	PESO	
BARRIO ALTA GRACIA CENTRO	NÚMERO DE CASO		
TELÉFONO 3225907670	CHIP 991003003797835		
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1X 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? VALORACION MEDICA

AMPLIACIÓN DEL CASO:
Esta perdiendo mucho peso

ANAMNESIS:
Ella esta desmanutrida hace 3 meses estaba gordita y ahora se ha adelgazado mucho.

OBSERVACIONES DEL CASO:
A espera resultados

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).



CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 18 / 07 / 2026 **HORA:** 10:30

TUTOR RESPONSABLE	PACIENTE	
NOMBRES KAREN	**NOMBRE** MONA	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS SIERRA NUÑEZ	**RAZA** MESTIZO	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** ___ **PPT** ___ **No.** 49.607.983	**EDAD** 10 AÑOS	**TALLA** MEDIANO
DIRECCIÓN CALLE 76 3-72	**COLOR** AMARILLO	**PESO** 13 KG
BARRIO ALTA GRACIA CENTRO	**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3225907670	**CHIP** 7835	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2		

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? Tiene un hoyuelo como sangrasa

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Le sale Sangrasa por la pata izquierda

ANAMNESIS:

desde hace varios días le está creciendo un hoyuelo de la pata.

OBSERVACIONES DEL CASO:

NA

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 30 Rpm **FC** 118 Rpm **T°** 38.5 ºC **TLLC** 3 Seg **PSO2** / **PA** / **C.C.** 2/5

SA	NE		**Aspecto General**	Alerta
SA	NE		**Piel y Anexos**	Abceso
SA	NE		**Respiratorio**	
SA	NE		**Cardiovascular**	Mucosas rosas pálidas
SA	NE		**Gastrointestinal**	SA
SA	NE		**Músculo esquelético**	CC 2/5 Marcha normal
SA	NE		**Génito - Urinario**	Estable
SA	NE		**Nervioso**	

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A espera resultados

DIAGNÓSTICO:

Absceso por Picadura de insectos (presuntivo)

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Ulrifol, Adicifol, Meloxicam, Corticoides

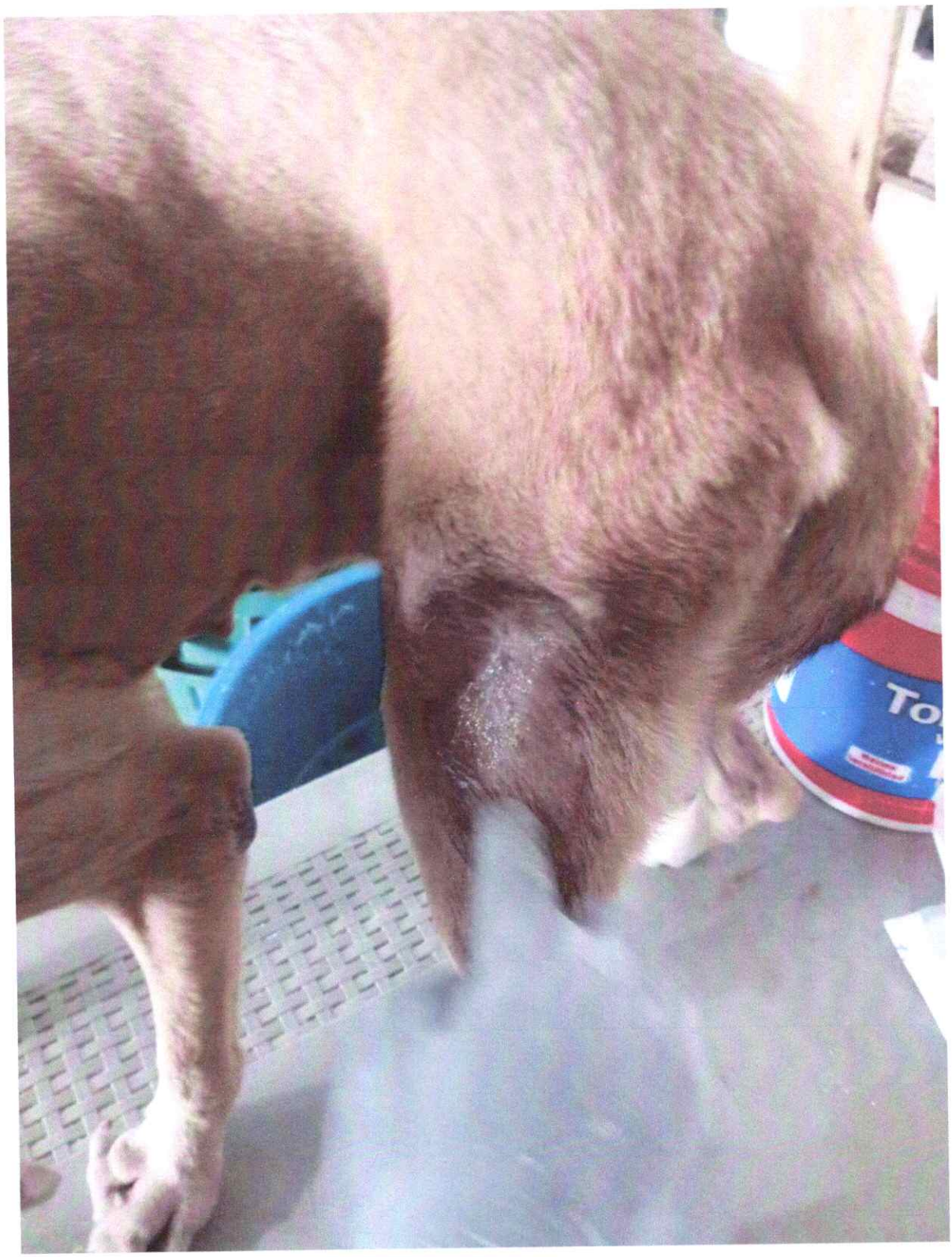
PRESCRIPCIÓN:

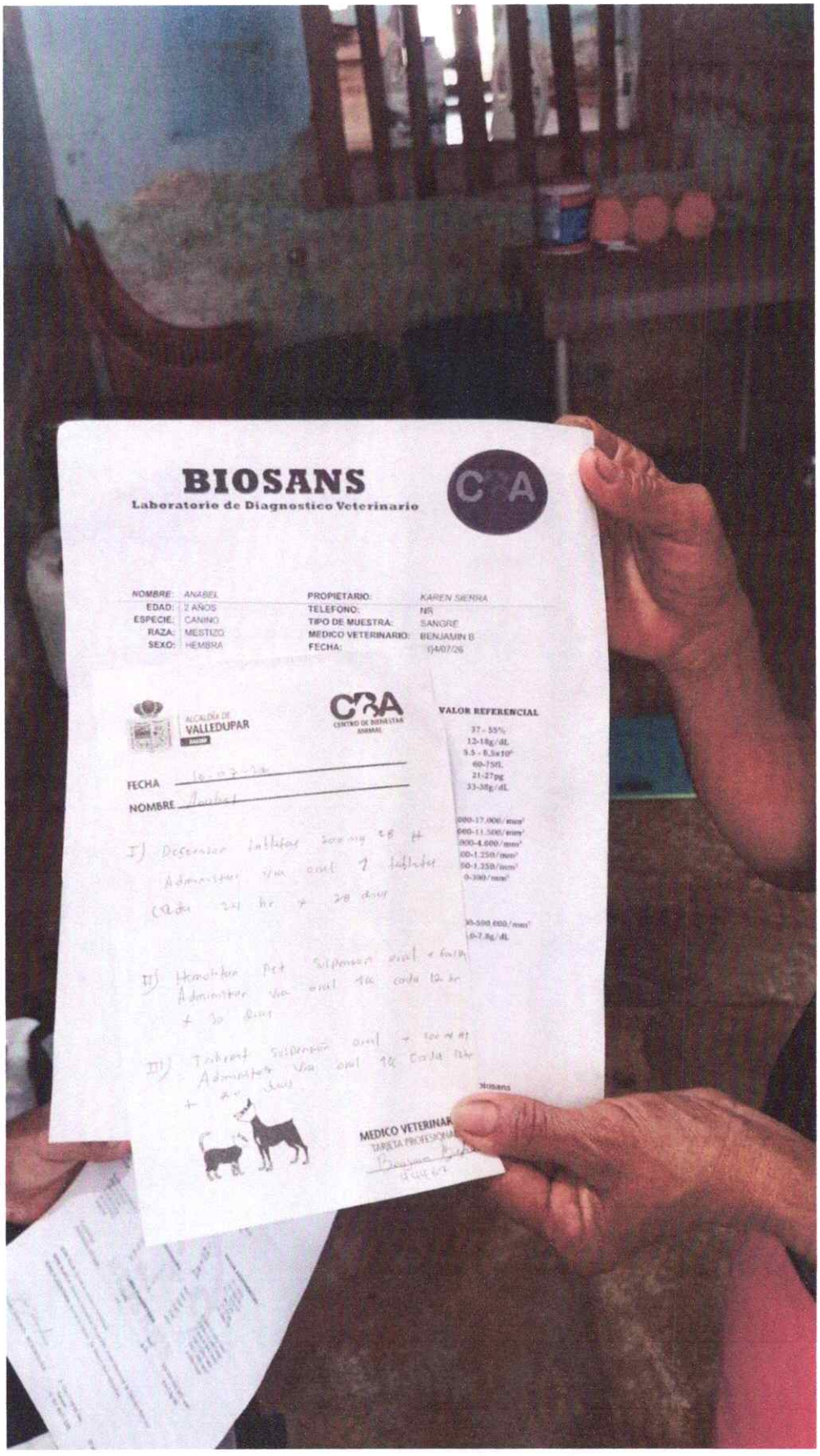
Clavulif, Ciclomax

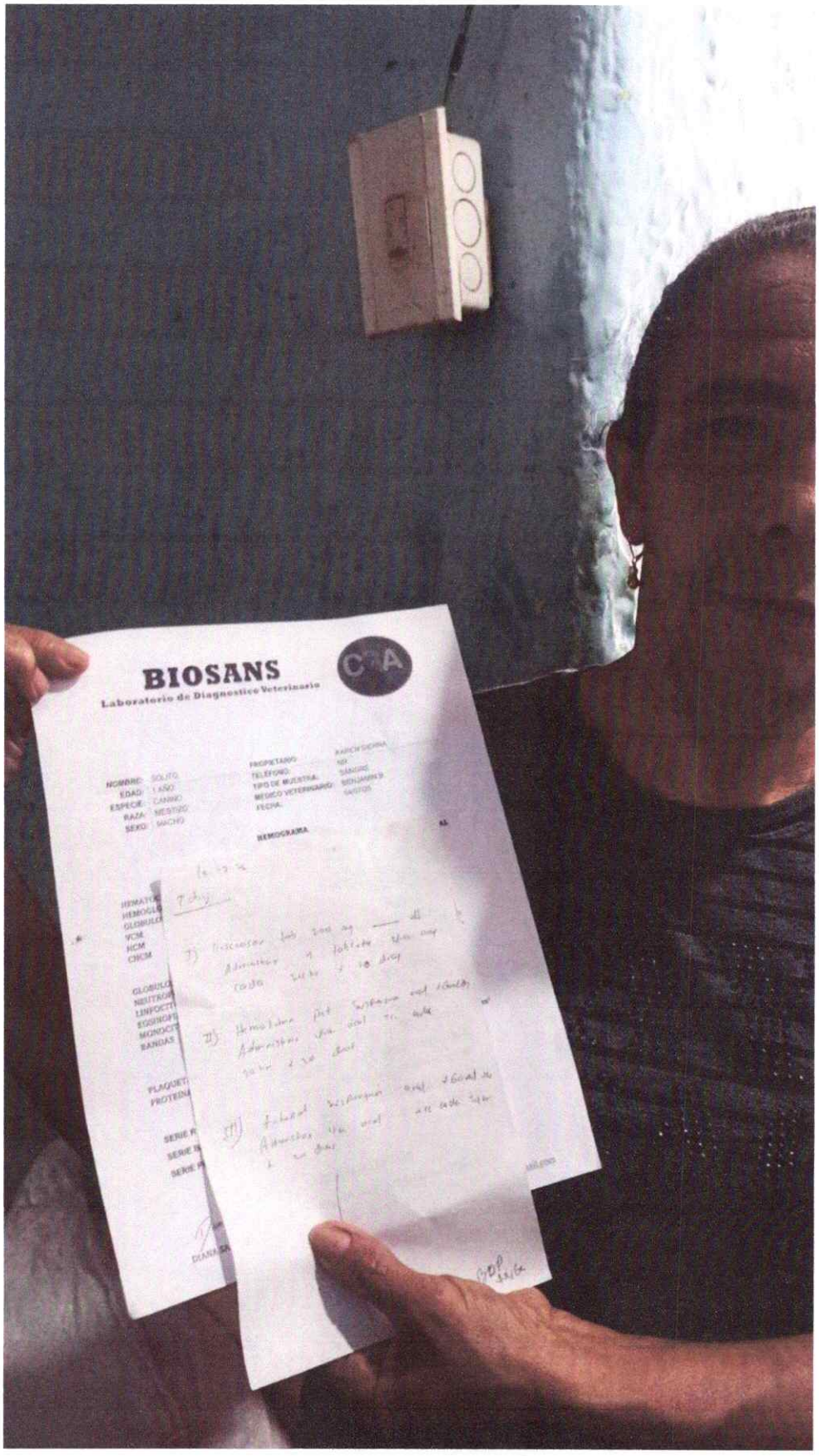
MÉDICO VETERINARIO
C.C No. 4446

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 44 007 483.






BIOSANS
Laboratorio de Diagnostico Veterinario
NOMBRE: ANABEL
EDAD: 2 AÑOS
ESPECIE: CANINO
RAZA: MESTIZO
SEXO: HEMBRA
PROPIETARIO: KAREN SIERRA
TELEFONO: NR
TIPO DE MUESTRA: SANGRE
MEDICO VETERINARIO: BENJAMIN G
FECHA: 0/4/07/26
ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
CRA
CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL
FECHA
NOMBRE
VALOR REFERENCIAL
37 - 55%
12-18g/dL
9.5 - 8.5x10³
60-75fL
21-27pg
33-38g/dL
biosans
MEDICO VETERINAR


BIOSANS
Laboratorio de Diagnostico Veterinario
NOMBRE: SOLITO
EDAD: 1 AÑO
ESPECIE: CANINO
RAZA: MESTIZO
SEXO: MACHO
PROPIETARIO:
TELEFONO:
TIPO DE MUESTRA: SANGRE
MEDICO VETERINARIO:
FECHA:
HEMOGRAMA

CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 24 / 07 / 2026 **HORA:** 2:00 pm

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES NATALIA ANDREA		**NOMBRE** LOCO	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS ARENALES MACHUCA		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** MACHO
C.C X **C.E** ___ **PPT** ___ **No.** 7.099.7099544		**EDAD** 12 AÑOS	**TALLA** PEQUEÑO
DIRECCIÓN CARRERA PRINCIPAL		**COLOR** AMARILLO	**PESO** 5.7 Kg
BARRIO LOS VENADOS		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3175775402		**CHIP** 991003003797836	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? _____

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Tiene un absceso en la Pata

ANAMNESIS:

Hace mas de 15 días nos dimos cuenta que había sangre en el piso y desde ese día ha estado cojeando leyendo, no le he dado ningún medicamento hace menos de 3 meses le dimos tableta para garrapatas

OBSERVACIONES DEL CASO:

Ultima desparasitación hace mas de un año
hace 1 año le pusieron vacuna antirabica

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR_____ **FC** 70 **T°** 38.3°c **TLLC** 4 **PSO2** / **PA** / **C.C.** 3/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	Tumor interdigital MPI
SA		NE		**Respiratorio**	SA
SA		NE		**Cardiovascular**	Rítmicos sus
SA		NE		**Gastrointestinal**	sa
SA		NE		**Músculo esquelético**	cc 3/5, claudicacion MPI
SA		NE		**Génito - Urinario**	cnfco
SA		NE		**Nervioso**	ok

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS X **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

DIAGNÓSTICO:

Tumor interdigital MPI — se sugiere biopsia - histopatología

PRONÓSTICO: Bueno _____ **Reservado** X _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Edo dogs y cat, Umtal, Boxantrol, Quercetol, Meloxicam

PRESCRIPCIÓN:

cefalexina, Meloxicam, Ciclorac

MVZ. 44462

MÉDICO VETERINARIO
C.C No.

Natalia Arenales

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 1097099549

CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 15 / 07 / 2026 **HORA:** 7:19 pm

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES DORIS		**NOMBRE** LUNA NEGRA	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS MORALES DELGADO		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 49.760.607		**EDAD** 5 AÑOS	**TALLA** MEDIO
DIRECCIÓN CALLE 76 3-72		**COLOR** NEGRO	**PESO** 15 KG
BARRIO ALTA GRACIA CENTRO		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3072788137		**CHI** 991003003797983	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 X 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? CREO QUE TIENE UN HONGO

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Se rasca bastante y tiene algo verde en el lomo

ANAMNESIS:

Creo que es hongo o no se si es bacterias, tiene una secreción verde en el lomo, se rasca mucho.

OBSERVACIONES DEL CASO:

Se desinfecta las heridas y se medican.

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 40 rpm **FC** 110 bpm **T°** 38.5°C **TLLC** 3seg **PSO2** 1 **PA** / **C.C.** 24

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	pronto, secreeron Ponotumba, costras
SA		NE		**Respiratorio**	~~SA~~
SA		NE		**Cardiovascular**	Murmur rosuded
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	trancha normal, cc 2/5
SA		NE		**Génito - Urinario**	Estromeally
SA		NE		**Nervioso**	SA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS _____ **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

ND

DIAGNÓSTICO:

Presunto Piodermia

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Oral, Corticoides C (Cloihex. dermi)

PRESCRIPCIÓN:

Cefalexina tab 2 oral, Cloihexidina spray

Jeymmi Bustamante 1124162

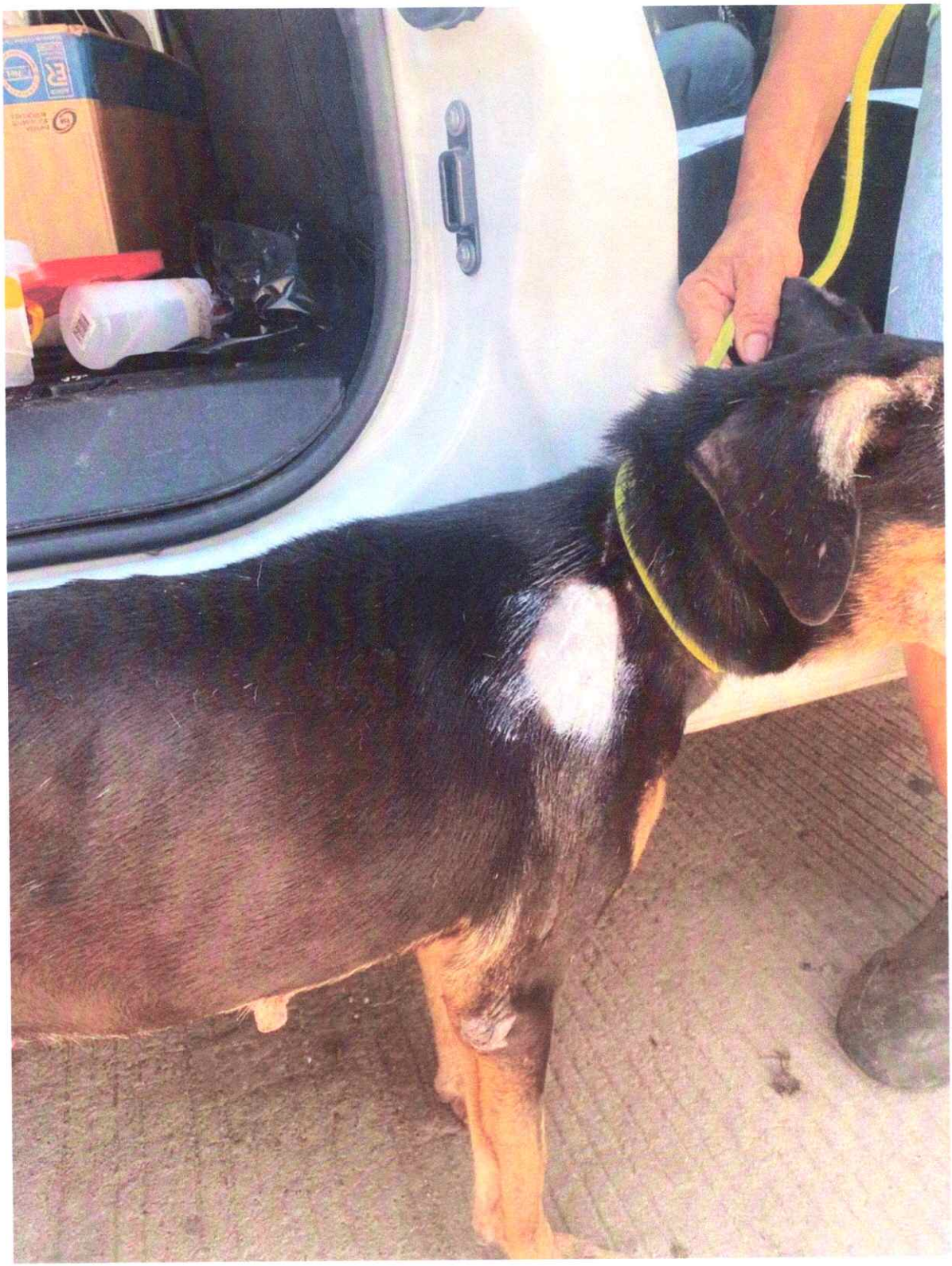
MÉDICO VETERINARIO
C.C No.

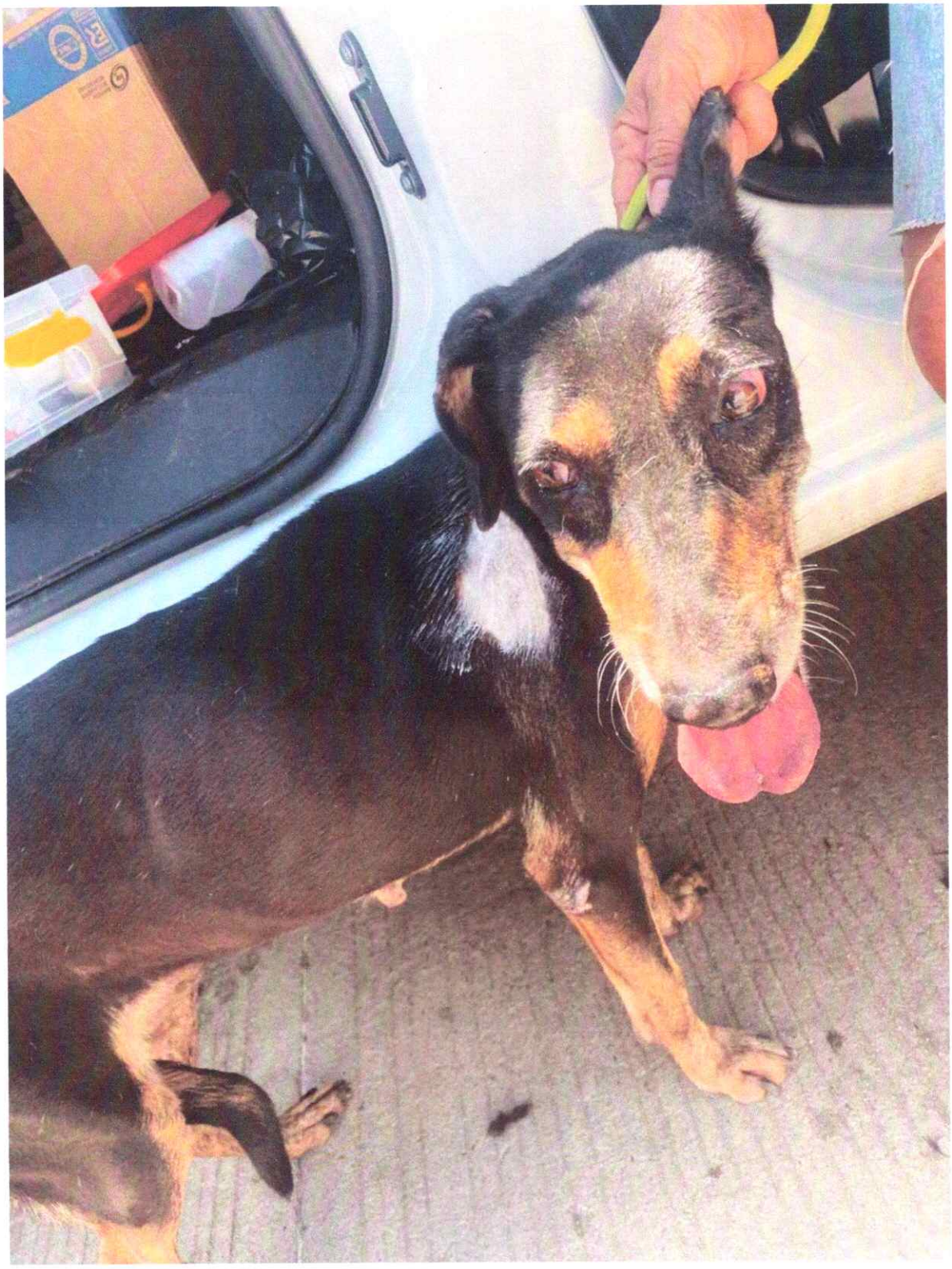
Doris Morales

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 49760601









CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 04 / 07 / 2026 **HORA:** 11:00am

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES KAREN		**NOMBRE** LAICA	**ESPECIE** CANINO
APELLIDOS SIERRA NUÑEZ		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** HEMBRA
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 49.607.983		**EDAD** 2 AÑOS	**TALLA**
DIRECCIÓN CALLE 76 N1- 3-72		**COLOR** AMARILLO	**PESO**
BARRIO ALTA GRACIA CERRO		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3225907670		**CHIP** 991003003797984	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA: 1
¿Cuál? VALORACION MEDICA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Valoracion medica, lagrimea mucho

ANAMNESIS:

Valoración medica, la despurante hace 3 meses come bien, lagrimea mucho.

OBSERVACIONES DEL CASO:

N A.

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 40 RPM **FC** 120 lpm **T°** 38.5 **TLLC** 3Seg **PSO2** / **PA** / **C.C.** 3/5

SA		NE		**Aspecto General**	Alerta
SA		NE		**Piel y Anexos**	Secreción ocular
SA		NE		**Respiratorio**	
SA		NE		**Cardiovascular**	Mucosas rosa pálidas
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 3/5
SA		NE		**Génito - Urinario**	Externos
SA		NE		**Nervioso**	NA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS X **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A espera resultados

DIAGNÓSTICO:

SA

PRONÓSTICO: Bueno X **Reservado** _____ **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Edo dog y cut

PRESCRIPCIÓN:

N A

Brenda Bolaños

MÉDICO VETERINARIO 44462
C.C No.

TUTOR RESPONSABLE
C.C No.


CBA
CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL
ADOPTA
CUIDA
PROTEGE
ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
LTL-353



CBA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	FORMATO DE INGRESO AL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL	CÓDIGO: M-CB-EM-F-01
		FECHA: 28/03/2024
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	VERSIÓN: 3
		PÁGINA 1 de 1

FECHA: 04 / 07 / 2026 **HORA:** 8:00 am

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES KAREN		**NOMBRE** BLANQUITA	**ESPECIE** Canino
APELLIDOS SIERRA NUÑEZ		**RAZA** MESTIZO	**SEXO** H
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 49.		**EDAD** 4 AÑOS	**TALLA** Mediana
DIRECCIÓN CALLE 76 N 3-72		**COLOR** AMARILLO Y B.	**PESO**
BARRIO ALTA GRACIA CENTRO		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3225907670		**CHI** 991003003797985	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? VALORACION MEDICA

AMPLIACIÓN DEL CASO:

Tiene Falla hepática y de Pancreas

ANAMNESIS:

Ella tiene Problemas Pancreáticos y hepáticos, ha tenido hemorragias, ha sido fracasa

OBSERVACIONES DEL CASO:

A espera resultados

Declaro bajo la gravedad de juramento que resido en la ciudad de Valledupar y que la información suministrada en este formato es veraz y que podrá ser verificada, so pena de incurrir en falsedad documental. A su vez, declaro que no cuento con los recursos económicos suficientes para cubrir la atención médica de emergencia.

Autorizo a la Alcaldía del Municipio de Valledupar, el tratamiento de datos personales, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos y las políticas de seguridad de la información digital y de tratamiento de datos personales, de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).

EXPLORACIÓN CLINICA:

FR 30 RPM **FC** 100 lpm **T°** 29,7 °C **TLLC** 3 Seg **PSO2** / **PA** / **C.C.** 3 Seg

SA		NE			
SA		NE		**Aspecto General**	Letargico
SA		NE		**Piel y Anexos**	SA
SA		NE		**Respiratorio**	SA
SA		NE		**Cardiovascular**	Taquicardia Rítmica
SA		NE		**Gastrointestinal**	SA
SA		NE		**Músculo esquelético**	CC 3/5
SA		NE		**Génito - Urinario**	Esterilizada
SA		NE		**Nervioso**	NA

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

APOYO DIAGNOSTICO: CH/QS X **Coprológico**_____ **Uroanálisis** _____ **Rx** _____ **Ecografía** _____

OTROS: _____

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A esperar resultados

DIAGNÓSTICO:

Hemograma Previos Cambios Falla hepatorenal — Parvovirosis.

PRONÓSTICO: Bueno ____ **Reservado** X **Malo:** _____

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Cx de dog y cat

PRESCRIPCIÓN:

NA

MÉDICO VETERINARIO
C.C No.

TUTOR RESPONSABLE
C.C No.