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:** 10:50

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES carlos tovar		**NOMBRE** toby	**ESPECIE** canino
APELLIDOS tovar		**RAZA** mestizo	**SEXO** macho
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 12237200		**EDAD** 13 años	**TALLA** mediano
DIRECCIÓN cll 8A 19E 41		**COLOR** Blanco	**PESO** 10. kg.
BARRIO villa monica		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3173688609		**CHIP** NA.	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? valoración general

AMPLIACIÓN DEL CASO:

~

ANAMNESIS:

tiker reporta que tiene una opacidad en el ojo, reporta que le huelen los oídos

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 22 **FC** 170 **T°** 39.1 **TLLC** <2" **PSO2** ~ **PA** — **C.C.** 3-5

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

*SA: Sin Alteraciones NE: No Evaluado

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

OTROS: —

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

—

DIAGNÓSTICO:

Ulcera corneal
otitis

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

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Basado en formula

PRESCRIPCIÓN:

—

Jesús Jiménez
MÉDICO VETERINARIO ESP.
TP:51599

MÉDICO VETERINARIO
C.C No.

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 12737.200