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 / 26 **HORA:** 12:13

TUTOR RESPONSABLE		PACIENTE	
NOMBRES Valeria		**NOMBRE** Lila	**ESPECIE** Felino
APELLIDOS Anillo Quiroz		**RAZA** Mestizo	**SEXO** Hembra
C.C X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 1067602909		**EDAD** 3 años	**TALLA** Mediano
DIRECCIÓN Cra 9 # 19A -135		**COLOR** Blanco / N	**PESO** 2.1 Kg
BARRIO Santo Domingo		**NÚMERO DE CASO**	
TELÉFONO 3162383773		**CHIP** NA.	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2 X			

MOTIVO DE LLEGADA:
¿Cuál? Se le cae el pelo por parte

AMPLIACIÓN DEL CASO:

ANAMNESIS:

Tutora reporta que hace días se le ha caido el pelo y se rasca

OBSERVACIONES DEL CASO:

Sin observaciones

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°** 38.9 **TLLC** <2" **PSO2** — **PA** — **C.C.** 4/5

SA	X	NE		**Aspecto General**	—
SA		NE		**Piel y Anexos**	prurito, alopecia
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:

presuntivo: Sarna sarcoptica

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

TRATAMIENTO INSTAURADO:

Resuelto en forma

PRESCRIPCIÓN:

—

Jesús Jiménez
MÉDICO VETERINARIO ESP.
TP:51599

MÉDICO VETERINARIO
C.C No.

Valeria Anillo

TUTOR RESPONSABLE
C.C No. 1067602909