| 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 / 02 / 26 **HORA:** 12:09 pm.

| TUTOR RESPONSABLE | | PACIENTE | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES** Maryuri | | **NOMBRE** Gata Mora | **ESPECIE** Felino |
| **APELLIDOS** lobo Torres | | **RAZA** Mestizo | **SEXO** Hembra |
| **C.C** X **C.E** __ **PPT** __ **No.** 1065831983 | | **EDAD** 1 año. | **TALLA** Mediano. |
| **DIRECCIÓN** Cll 26 - 24 - 71 | | **COLOR** Negro. | **PESO** 3.1 kg |
| **BARRIO** 7 de agosto. | | **NÚMERO DE CASO** | |
| **TELÉFONO** 3177561769 | | **CHIP** NA. | |
| **ESTRATO SOCIOECONÓMICO** 1 2 X | | | |

**MOTIVO DE LLEGADA:**
**¿Cuál?** _____

**AMPLIACIÓN DEL CASO:**

Valoración general.

**ANAMNESIS:**

Señora quiere saber si está sana y quiere desparasitarla

**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** 12 **FC** 162 **T°** 39 **TLLC** <2" **PSO2** — **PA** — **C.C.** 3-5

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| SA | X | NE | | **Aspecto General** |
| SA | X | NE | | **Piel y Anexos** |
| 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:**

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

**TRATAMIENTO INSTAURADO:**

Rubendazol 0,7 ml vía oral

**PRESCRIPCIÓN:**

Jesús Jiménez
MÉDICO VETERINARIO ESP.
TP:51599

**MÉDICO VETERINARIO**
**C.C No.**

Maryuri Lobo

**TUTOR RESPONSABLE**
**C.C No.,** 1.065.831.983