



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

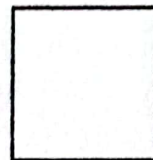


AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 24 de oct de 2023

Yo Ed. Antonio M. N. A. N. L. identificado con el número de cedula 1072744618 propietario y/o responsable de la mascota de nombre _____ raza _____ especie _____ y edad _____, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento _____, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario
CC 1072744618
Teléfono 320 576 2800
Dirección



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

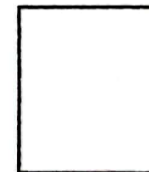
Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 24 de oct de 2023

Yo Ed. Antonio M. N. A. N. L. identificado con el número de cedula 1072744618 propietario y/o responsable de la mascota de nombre _____ raza _____ especie _____ y edad _____, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario
CC 1072744618
Teléfono Dirección 320 576 2800



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2



AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 24 de oct 20 23

Yo Dr. Quirinec identificado con el número de cedula _____
propietario y/o responsable de la mascota de nombre _____, raza _____
Especie _____ y edad _____, manifiesto que una vez se me han
manifestado los riesgos propios del procedimiento _____, y teniendo en cuenta
que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser
más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio
Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consiente de los riesgos propios del
procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus
obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en
mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda
responsabilidad legal.

Observación - Se realizan en el Centro peniten

Firma del Propietario
CC
Teléfono
Dirección



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

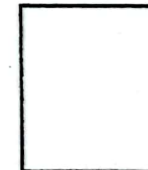
Guaduas, 24 de oct 20 23

Yo Dr. Quirinec identificado con el número de cedula _____
propietario y/o responsable de la mascota de nombre _____, raza _____
Especie _____ y edad _____, manifiesto que una vez se me han manifestado los
riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal
médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos
medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consiente y conozco los riesgos propios del
procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal
médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus
obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en
mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda
responsabilidad legal.

Firma del Propietario
CC
Teléfono Dirección



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

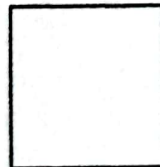


AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Betsabe Palomo identificado con el número de cedula 21114191 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Estrella, raza Friesian Especie Canino edad 4 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consiente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

x Betsabe Palomo
Firma del Propietario
cc 21114191
Teléfono
Dirección 3142927004



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Betsabe Palomo identificado con el número de cedula 21114191 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Estrella raza Friesian Especie Canino edad 4 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consiente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

x Betsabe Palomo
Firma del Propietario
cc 21114191
Teléfono Dirección 3142927004



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

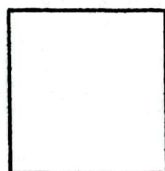


AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo M. Angeles Rodriguez identificado con el número de cedula 35535656 propietario y/o responsable de la mascota de nombre LUNA, raza Mestizo Especie Canino y edad 1 1/2 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consiente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

MARIA RODRIGUEZ
Firma del Propietario
CC
Teléfono 3227292794
Dirección



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo M. Angeles Rodriguez identificado con el número de cedula 35535656 propietario y/o responsable de la mascota de nombre LUNA, raza Mestizo Especie Canino y edad 1 1/2 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consiente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X MARIA RODRIGUEZ
Firma del Propietario
CC 35535656
Teléfono Dirección 3227292794



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2



AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Ma Angeles Rodriguez identificado con el número de cedula 35535656 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Layla, raza Cocker Especie Canino edad 1 1/2, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

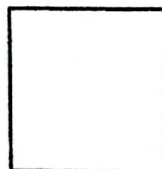
YMARIA RODRIGUEZ

Firma del Propietario

C.C

Teléfono

Dirección 3227292794



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario

T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Ma Angeles Rodriguez identificado con el número de cedula 35535656 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Layla, raza Cocker Especie Canino edad 1 1/2, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta.

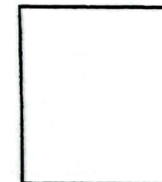
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

YMARIA RODRIGUEZ

Firma del Propietario

C.C 35535656

Teléfono Dirección 3227292794



Huella

índice

derecho

Firma del Médico Veterinario

T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

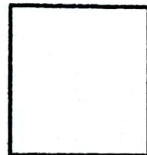
Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Flores Patiño identificado con el número de cédula 20633149 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Aza raza Mestizo Especie Gato edad 6M manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Flores Patiño
Firma del Propietario
CC 20633149
Teléfono
Dirección 3223226784



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

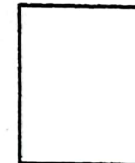


AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Flores Patiño identificado con el número de cédula 20633149 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Aza raza Mestizo Especie Gato edad 6M manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Flores Patiño
Firma del Propietario
CC 20633149
Teléfono Dirección 3223226784



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6798



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2



AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

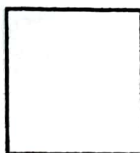
Yo Prope Sandoval identificado con el número de cédula 1007237450 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Esabella raza Espele edad 1A manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento DVT, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X [Firma]
Firma del Propietario

CC

Teléfono 302542562

Dirección



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 6 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

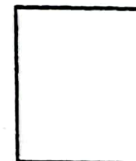
Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Prope Sandoval identificado con el número de cédula 1007237490 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Esabella raza Espele edad 1A manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X [Firma]
Firma del Propietario

CC

Teléfono Dirección 302542562



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (871) 846 6100 / (871) 846 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2



AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

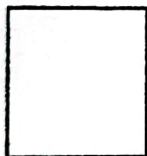
Yo Peso Gutierrez identificado con el número de cédula 79259293 propietario y/o responsable de la mascota de nombre CHARLOK raza Husky especie Canis lupus edad 4 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario

CC 79259293

Teléfono

Dirección 313 3061718



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 01 de 11 de 2023

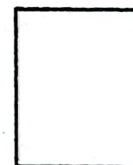
Yo Peso Gutierrez identificado con el número de cédula 79259293 propietario y/o responsable de la mascota de nombre CHARLOK raza Husky especie Canis lupus edad 4 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario

CC 79259293

Teléfono Dirección

313 3061718



Huella

Índice

derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6798



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

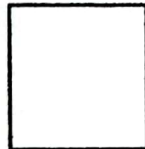


AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Cesar Cortes identificado con el número de cédula 79259293 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Huini raza Perro Especie Canis edad 5A manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento DVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario
CC 79259293
Teléfono
Dirección



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

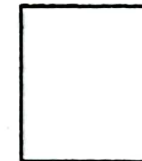
Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Cesar Cortes identificado con el número de cédula 79259293 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Huini raza Perro Especie Canis edad 5A manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario
CC 79259293
Teléfono Dirección



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6798



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS



Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo M^a Floribella Jerez identificado con el número de cédula 39636344 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Bordicoll raza Bordicoll especie Canino edad 10 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVA, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

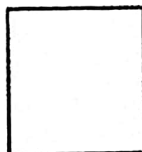


Firma del Propietario

C.C.

Teléfono

Dirección 314 891 0655



Huella índice derecho

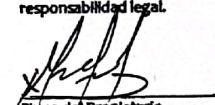
Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo M^a Floribella Jerez identificado con el número de cédula 39636344 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Bordicoll raza Bordicoll especie Canino edad 10 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

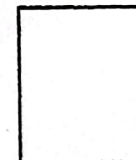


Firma del Propietario

C.C.

Teléfono Dirección

314 891 0655



Huella

Índice

derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6798



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS



Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

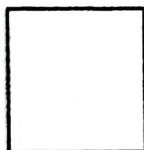
Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Angie Mora identificado con el número de cédula 1013105205 propietario y/o responsable de la mascota de nombre LUPA, raza Husky, especie felina edad 2 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento DVA, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Angie Mora
Firma del Propietario

CC

Teléfono
Dirección 3142437317



Huella Índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

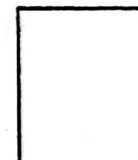
Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Angie Mora identificado con el número de cédula 1013105205 propietario, no responsable de la mascota de nombre LUPA, raza Husky, especie felina y edad 2 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Angie Mora
Firma del Propietario

CC

Teléfono Dirección 3142437317



Huella

Índice

derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS



Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

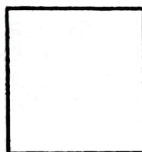
Yo Angie Hernández identificado con el número de cédula 1013105205 propietario y/o responsable de la mascota de nombre MATYA raza Labrador especie Canino edad 3A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVA, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Angie Hernández
Firma del Propietario

C.C.

Teléfono

Dirección 3142437317



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023

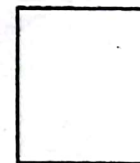
Yo Angie Hernández identificado con el número de cédula 1013105205 propietario y/o responsable de la mascota de nombre MATYA raza Labrador especie Canino edad 3A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Angie Hernández
Firma del Propietario

C.C.

Teléfono Dirección

3142437317



Huella

Índice

derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6798



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2



AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo Osas Puyuberto identificado con el número de cédula 1014188084
propietario y/o responsable de la mascota de nombre HOLI raza Perro
Especie Felis y edad 4/2 A manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento DVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.
Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta.
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.


Firma del Propietario
C.C.
Teléfono
Dirección 3107232401



Huella índice derecho

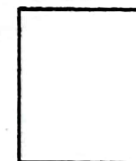
Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo Osas Puyuberto identificado con el número de cédula 1014188084
propietario y/o responsable de la mascota de nombre HOLI raza Perro
Especie Felis y edad 4/2 A manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.
Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta.
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.


Firma del Propietario
C.C. 1014188084
Teléfono Dirección 3107232401



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6798



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

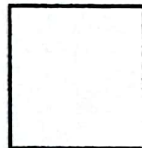
AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Abel Pomier identificado con el número de cédula 39813718 propietario y/o responsable de la mascota de nombre ZEUS, raza Harlequin Especie Canino edad 3 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento castración teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.


Firma del Propietario

CC 39813718
Teléfono 3202567850
Dirección 3202567850



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

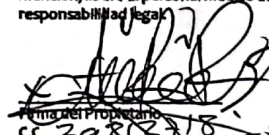
Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca



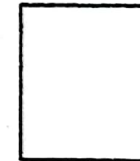
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Abel Pomier identificado con el número de cédula 39813718 propietario y/o responsable de la mascota de nombre ZEUS, raza Harlequin Especie Canino edad 3 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.


Firma del Propietario

CC 39813718
Teléfono Dirección 3202567850



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 848 6100 / (671) 848 6798



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

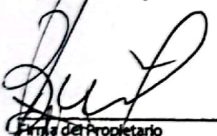


Página 1 de 2

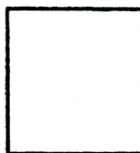
AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Elisa Patricia identificado con el número de cédula 20455634 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Apdo, raza Perro especie Felino edad 2 Años manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento castración y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.


Firma del Propietario

Teléfono
Dirección 320285823



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

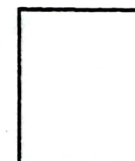
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Elisa Patricia identificado con el número de cédula 20455634 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Apdo, raza Perro especie Felino y edad 2 Años manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.


Firma del Propietario

Teléfono Dirección 320285823



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Ana Valluena identificado con el número de cédula 39811244 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Jachá raza Perro Especie Felino edad 1 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

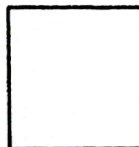
x Ana A V f.

Firma del Propietario

CC

Teléfono

Dirección 3102762249



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca



AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023

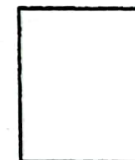
Yo Ana Valluena identificado con el número de cédula 39811244 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Jachá raza Perro Especie Felino edad 1 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

x Ana A V f.

Firma del Propietario

CC

Teléfono Dirección 3102762249



Huella

Índice

derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2



AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo Jorge Castiblanco identificado con el número de cédula 1072751837
propietario y/o responsable de la mascota de nombre COPA raza Bulldog
Especie Carnívoro edad 1 y 2 años, manifiesto que una vez se me han
manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta
que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser
más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio
Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.
Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del
procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus
obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en
mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda
responsabilidad legal.

Jorge Castiblanco
Firma del Propietario
cc 1072751837
Teléfono
Dirección 323 3894201



Huella índice derecho

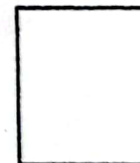
Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo Jorge Castiblanco identificado con el número de cédula 1072751837
propietario y/o responsable de la mascota de nombre COPA raza Bulldog
Especie Carnívoro edad 1 y 2 años manifiesto que una vez se me han manifestado los
riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal
médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos
médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.
Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del
procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal
médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus
obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en
mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda
responsabilidad legal.

Jorge Castiblanco
Firma del Propietario
cc 1072751837
Teléfono Dirección 323 3894201



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

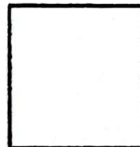
Página 1 de 2



AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo Ingrit. Castiblanco identificado con el número de cédula 1072251837
propietario y/o responsable de la mascota de nombre LUSA, raza C/ Pircher, especie Canino, edad 2A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVA, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Ingrit. Castiblanco
Firma del Propietario
cc 1072251837
Teléfono
Dirección 323 3894201



Huella índice derecho

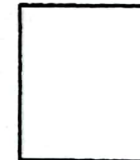
Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo Ingrit. Castiblanco identificado con el número de cédula 1072251837
propietario y/o responsable de la mascota de nombre LUSA, raza C/ Pircher, especie Canino, edad 2A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Ingrit. Castiblanco
Firma del Propietario
cc 1072251837
Teléfono Dirección 323 3894201



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6798



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2



AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

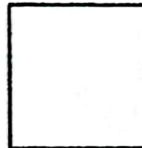
Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo Leila Cuellar identificado con el número de cédula 20632625
propietario y/o responsable de la mascota de nombre Samantha raza Chow Chow especie Canino edad 2 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVI, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médico quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Leila Cuellar
Firma del Propietario

CC

Teléfono

Dirección 3245425314



Huella índice derecho

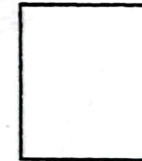
Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo Leila Cuellar identificado con el número de cédula 20632625
propietario y/o responsable de la mascota de nombre Samantha raza Chow Chow especie Canino edad 2 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médico quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Leila Cuellar
Firma del Propietario
CC 20632625
Teléfono Dirección 3245425314



Huella

Índice

derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 848 6100 / (571) 848 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2



AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Iskna Triana identificado con el número de cédula 1033696346 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Danyer raza Hestio Especie Canis edad 6H, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento castración y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.


Firma del Propietario

CC
Teléfono
Dirección 322 282 7260



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-08 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

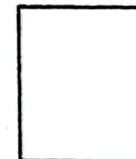
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Iskna Triana identificado con el número de cédula 1033696346 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Danyer raza Hestio Especie Canis edad 6H, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.


Firma del Propietario

CC 1033696346
Teléfono Dirección 322 282 7260



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS



Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Ismael Tronq identificado con el número de cédula 1033696346 propietario y/o responsable de la mascota de nombre HOND raza Pasta especie Canino edad 1 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento castración teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

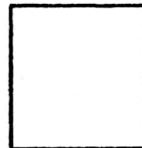

Firma del Propietario

C.C.

Teléfono

Dirección

3222827260



Huella índice derecho

☒
Firma del Médico Veterinario

T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Ismael Tronq identificado con el número de cédula 1033696346 propietario y/o responsable de la mascota de nombre HOND raza Pasta especie Canino edad 1 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.

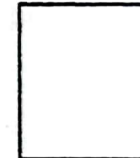
Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.


Firma del Propietario

C.C. 1033696346

Teléfono Dirección 3222827260



Huella

índice

derecho

☒
Firma del Médico Veterinario

T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 848 6100 / (571) 848 6793



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS



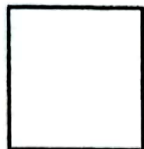
Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Iskna Triona identificado con el número de cédula 1033696346 propietario y/o responsable de la mascota de nombre NINA, raza Mestizo, Especie Canis edad 1 y 1/2 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento DVAH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.


Firma del Propietario
C.C.
Teléfono
Dirección



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-06 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Iskna Triona identificado con el número de cédula 1033696346 propietario y/o responsable de la mascota de nombre NINA, raza Mestizo, Especie Canis edad 1 y 1/2 años manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.


Firma del Propietario
C.C. 1033696346
Teléfono Dirección



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (671) 846 6100 / (671) 846 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2



AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Isabel Triana identificado con el número de cédula 1023696346 propietario y/o responsable de la mascota de nombre PSINA raza PSTO Especie Canis edad 6M manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVIH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.


Firma del Propietario

CC

Teléfono Dirección 322 282 7260



Huella Índice derecho

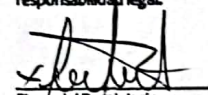
Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

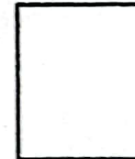
Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Isabel Triana identificado con el número de cédula 1023696346 propietario y/o responsable de la mascota de nombre PSINA raza HC-720 Especie Canis edad 6M manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.


Firma del Propietario

CC

Teléfono Dirección 322 282 7260



Huella Índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

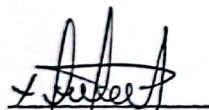
Página 1 de 2



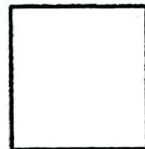
AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo, Isbelly Trana identificado con el número de cédula 1033696346 propietario y/o responsable de la mascota de nombre BILANED raza Husky Especie Carnívora Edad 3A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento castración teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médico quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.


Firma del Propietario

CC
Teléfono
Dirección 3222827260



Huella índice derecho

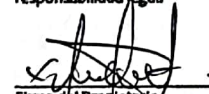
Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

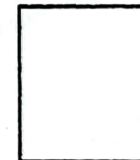
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo, Isbelly Trana identificado con el número de cédula 1033696346 propietario y/o responsable de la mascota de nombre BILANED raza Husky Especie Carnívora Edad 3A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médico quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.


Firma del Propietario

CC
Teléfono Dirección 3222827260



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 848 6100 / (571) 848 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

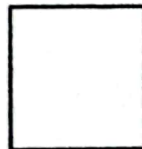


Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo, Ingrid Castiblanco, identificada con el número de cédula 1072751837,
propietaria y/o responsable de la mascota de nombre HAZIZA, raza HAZIZA,
Especie HAZIZA edad HAZIZA, manifiesto que una vez se me han
manifestado los riesgos propios del procedimiento HAZIZA, y teniendo en cuenta
que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser
más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio
Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.
Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del
procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus
obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en
mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda
responsabilidad legal.

Ingrid Castiblanco
Firma del Propietario
cc 1072751837
Teléfono
Dirección 323 3894201



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo, Ingrid Castiblanco, identificada con el número de cédula 1072751837,
propietaria y/o responsable de la mascota de nombre HAZIZA, raza HAZIZA,
Especie HAZIZA edad HAZIZA, manifiesto que una vez se me han manifestado los
riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal
médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos
médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.
Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del
procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal
médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus
obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en
mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda
responsabilidad legal.

Ingrid Castiblanco
Firma del Propietario
cc 1072751837
Teléfono Dirección 323 3894201



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 848 6100 / (571) 848 6798



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS



Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Anaely Vera identificado con el número de cédula 38285379 propietario y/o responsable de la mascota de nombre LINA raza Bisón especie Cunizo edad 3 A manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVA, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médico quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

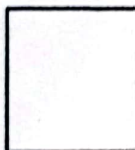
Anaely Vera

Firma del Propietario

CC

Teléfono

Dirección 3214458124



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario

T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Anaely Vera identificado con el número de cédula 38285379 propietario y/o responsable de la mascota de nombre LINA raza Bisón especie Cunizo edad 3 A manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta.

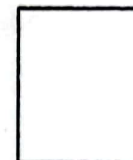
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Anaely Vera

Firma del Propietario

CC 38285379

Teléfono Dirección 3214458124



Huella

Índice

derecho

Firma del Médico Veterinario

T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 848 6100 / (571) 848 6798



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS



Página 1 de 2

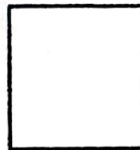
AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Aracely Vera identificado con el número de cédula 38285379 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Desy raza Bigio Especie Canino edad 2A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Aracely Vera
Firma del Propietario

CC
Teléfono
Dirección 3214458124



Huella Índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 6 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Aracely Vera identificado con el número de cédula 38285379 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Desy raza Bigio Especie Canino edad 2A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Aracely Vera
Firma del Propietario

CC
Teléfono Dirección 3214458124



Huella Índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 848 6100 / (571) 848 6790



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS



Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Aracely Vera identificado con el número de cédula 38285379 propietario y/o responsable de la mascota de nombre NABA, raza Hedzo especie Canino edad 4A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento PUH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Aracely Vera
Firma del Propietario

C.C.
Teléfono
Dirección 3214458124



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

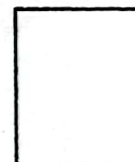
AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Aracely Vera identificado con el número de cédula 38285379 propietario y/o responsable de la mascota de nombre NABA, raza Hedzo especie Canino edad 4A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Aracely Vera
Firma del Propietario

C.C. 38285379
Teléfono Dirección 321 445 8124



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6798



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

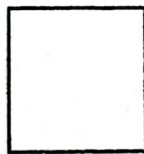


Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo Betsabe Pelomo identifico con el número de cédula 21114191
propietario y/o responsable de la mascota de nombre NUBE raza Perro
Especie Canis edad 5M manifiesto que una vez se me han
manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta
que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser
más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio
Ambiente a realizar los procedimientos médico quirúrgicos que requiera mi mascota.
Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del
procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus
obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en
mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda
responsabilidad legal.

Betsabe Pelomo
Firma del Propietario
cc 21114191
Teléfono
Dirección 3142927004



Huella índice derecho

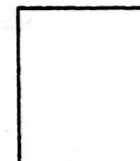
Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo Betsabe Pelomo identifico con el número de cédula 21114191
propietario y/o responsable de la mascota de nombre NUBE raza Perro
Especie Canis edad 5M manifiesto que una vez se me han manifestado los
riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal
médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos
médico quirúrgicos que requiera mi mascota.
Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del
procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal
médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus
obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en
mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda
responsabilidad legal.

Betsabe Pelomo
Firma del Propietario
cc 21114191
Teléfono Dirección 3142927004



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

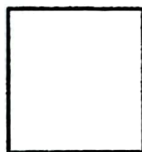
Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Leidy Herrera identificado con el número de cédula 107274481 propietario y/o responsable de la mascota de nombre TOM raza Husky Especie Felino edad 3M, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento anestesia y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

LEIDY HERRERA
Firma del Propietario
cc 107274481
Teléfono
Dirección 311 4595979



Huella Índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca



AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Leidy Herrera identificado con el número de cédula 107274481 propietario y/o responsable de la mascota de nombre TOM raza Husky Especie Felino edad 3M, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

LEIDY HERRERA
Firma del Propietario
cc 107274481
Teléfono Dirección 311 4595979



Huella Índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 848 6100 / (571) 848 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2



AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

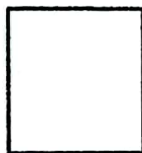
Yo, Alexandra Prieto, identifico con el número de cédula 1072745248 propietario y/o responsable de la mascota de nombre MAX, raza Heister Especie Canis edad 2 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento castración teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Alexandra Prieto
Firma del Propietario

cc 1072745248

Teléfono

Dirección 320 471 3922



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo, Alexandra Prieto, identifico con el número de cédula 1072745248 propietario y/o responsable de la mascota de nombre MAX, raza Heister Especie Canis edad 2 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Alexandra Prieto
Firma del Propietario

cc 1072745248

Teléfono Dirección

320 471 3922



Huella

Índice

derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 848 6100 / (571) 848 6798



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS



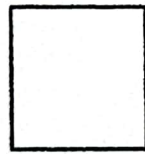
Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Alexandra Arriola identificada con el número de cédula 1072745248 propietaria y/o responsable de la mascota de nombre NANA, raza Pesito Especie Canis edad 7 M, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento DVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Alexandra Arriola
Firma del Propietario
CC 1072745248
Teléfono 320 4713922
Dirección



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

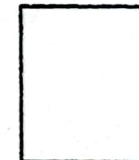
Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Alexandra Arriola identificada con el número de cédula 1072745248 propietaria y/o responsable de la mascota de nombre NANA, raza Pesito Especie Canis edad 7 M, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Alexandra Arriola
Firma del Propietario
CC 1072745248
Teléfono Dirección 320 4713922



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 848 6100 / (571) 848 6798



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo, Jorge Fernando Huño identificado con el número de cédula 79005119
propietario y/o responsable de la mascota de nombre SACHA, raza PASTO
Especie Canino edad 3 y 2 años, manifiesto que una vez se me han
manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta
que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser
más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio
Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.
Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar, y en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del
procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus
obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en
mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda
responsabilidad legal.

Firma del Propietario

cc 79005.119

Teléfono

Dirección

311 714 1687



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca



AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo, Jorge Fernando Huño identificado con el número de cédula 79005119
propietario y/o responsable de la mascota de nombre SACHA, raza PASTO
Especie Canino edad 3 y 2 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los
riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal
médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos
médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.
Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del
procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal
médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus
obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en
mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda
responsabilidad legal.

Firma del Propietario

cc 79005.119

Teléfono Dirección

311 714 1687



Huella

Índice

derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS



Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Tatiana Quintero identificado con el número de cédula 1015993983 propietario y/o responsable de la mascota de nombre SOF, raza Pezzo Especie Felino y edad 1A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento DVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Tatiana Quintero
Firma del Propietario
cc 1015993983
Teléfono
Dirección 321 3782563



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

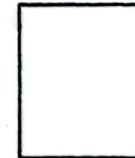
Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023

Yo Tatiana Quintero identificado con el número de cédula 1015993983 propietario y/o responsable de la mascota de nombre SOF, raza Pezzo Especie Felino y edad 1A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Tatiana Quintero
Firma del Propietario
cc 1015993983
Teléfono Dirección 321 3782563



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6798



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

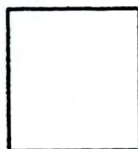


Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo Tatiana Quintero identificado con el número de cédula 1015993983
propietario y/o responsable de la mascota de nombre COKE, raza Husky
Especie Canino edad 1A, manifiesto que una vez se me han
manifestado los riesgos propios del procedimiento Asociación teniendo en cuenta
que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser
más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio
Ambiente a realizar los procedimientos médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.
Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del
procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus
obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en
mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda
responsabilidad legal.

X Tatiana Quintero
Firma del Propietario
cc 1015993983
Teléfono
Dirección 321 3782563



Huella índice derecho

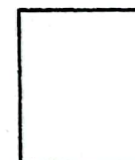
Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo Tatiana Quintero identificado con el número de cédula 1015993983
propietario y/o responsable de la mascota de nombre COKE, raza Husky
Especie Canino y edad 1A, manifiesto que una vez se me han manifestado los
riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal
médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos
médicos quirúrgicos que requiera mi mascota.
Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del
procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal
médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus
obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en
mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda
responsabilidad legal.

X Tatiana Quintero
Firma del Propietario
cc 1015993983
Teléfono Dirección 321 3782563



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6798



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2



AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo Dora N. Galindo identificado con el número de cédula 398119611
propietario y/o responsable de la mascota de nombre MAX raza Perro
Especie Canis familiaris edad 3H, manifiesto que una vez se me han
manifestado los riesgos propios del procedimiento castración teniendo en cuenta
que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser
más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio
Ambiente a realizar los procedimientos médico quirúrgicos que requiera mi mascota.
Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del
procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus
obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en
mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda
responsabilidad legal.

X Dora Galindo
Firma del Propietario
CC
Teléfono
Dirección 314 3938798



Huella índice derecho

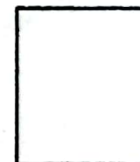
Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo Dora N. Galindo identificado con el número de cédula 39811968
propietario y/o responsable de la mascota de nombre MAX raza Perro
Especie Canis familiaris edad 3H, manifiesto que una vez se me han manifestado los
riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal
médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos
médico quirúrgicos que requiera mi mascota.
Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del
procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal
médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus
obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en
mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda
responsabilidad legal.

X Dora Galindo
Firma del Propietario
CC
Teléfono Dirección 314 3938798



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6796



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS



Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo Fernando Gomez identificado con el número de cédula 1072748541
propietario y/o responsable de la mascota de nombre Lucas raza Pit Bull
Especie Canis familiaris edad 4 A manifiesto que una vez se me han
manifestado los riesgos propios del procedimiento castración teniendo en cuenta
que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser
más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio
Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.
Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del
procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus
obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en
menCIÓN, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda
responsabilidad legal.

XPora Gomez
Firma del Propietario
CC 1072748541
Teléfono
Dirección



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-06 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 01 de 11 de 2023
Yo Fernando Gomez identificado con el número de cédula 1072748541
propietario y/o responsable de la mascota de nombre Lucas raza Pit Bull
Especie Canis familiaris edad 4 A manifiesto que una vez se me han manifestado los
riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal
médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos
medico quirúrgicos que requiera mi mascota.
Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina
veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del
personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar
todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad
con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este
sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la
intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota
y por ende no busca el perjuicio de esta.
En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del
procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal
médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus
obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en
menCIÓN, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda
responsabilidad legal.

XPora Gomez
Firma del Propietario
CC 1072748541
Teléfono Dirección



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 848 6100 / (571) 848 6798



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS



Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 01 de 11 de 2023

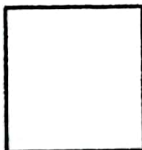
Yo Jernanda Gomez identificado con el número de cédula 1072748541, propietario y/o responsable de la mascota de nombre ROSA, raza Pesito, especie Canino, edad 242, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento Costeo, teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos médico quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Rosa Gomez

Firma del Propietario

cc 1072748541

Teléfono Dirección 3223042823



Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Carrera 5 N.º 12-05 sur - sede CERES
Guaduas, Cundinamarca

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 01 de 11 de 2023

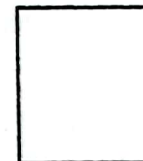
Yo Jernanda Gomez identificado con el número de cédula 1072748541, propietario y/o responsable de la mascota de nombre ROSA, raza Pesito, especie Canino, edad 242, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos médico quirúrgicos que requiera mi mascota. Así mismo manifiesto ser consciente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el perjuicio de esta. En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Dora Gonda

Firma del Propietario

cc 1072748541

Teléfono Dirección 3223042823



Huella

índice

derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Correo: alcaldia@guaduas-cundinamarca.gov.co
Teléfonos (571) 846 6100 / (571) 846 6798