AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal: Calderón	Fecha: 27/12/2018	N°. de Ficha: 15

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Verónica Vasquez Collaguazo	Dirección: Oyacoto ; Sector 7 4 de octubre.
Teléfono celular:	Cédula de identidad o Pasaporte:
Teléfono convencional: 2859 327	Correo electrónico: 1712112067

Datos de la Mascota

Nombre:	Beba	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestiza	Edad:	8m		Color:	Café y Negro	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	18						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de Diciembre de 2018

Yo, Verónica Vasquez Collaguazo como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19550
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
18-		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1212112006-7

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19554
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	27 / 12 / 2018	16

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Evelyn María Suquillo Pulupa	Dirección: Ayacucto 4 de octubre y el troje tras la iglesia.
Teléfono celular: 0948209782	Cédula de identidad o Pasaporte: 172505928 9
Teléfono convencional: 2839 206	Correo electrónico: evelyn_2824@outlook.com

Datos de la Mascota

Nombre:	Lizy	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Fresh Poodell	Edad:	3a		Color:	(~~Negro y marrón~~) Blanco	

Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)

Peso en Kg:	4

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de Diciembre de 2018

Yo, Evelyn María Suquillo Pulupa como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19552
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
4		/			/			/	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 172505828-9

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19553
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal: CALDERON	Fecha: 27/12/2018	N°. de Ficha: 17

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Maria Pulupa Ushiña	Dirección: Oyacobe, 4 de Octubre y el Troje, Tras la iglesia catolica
Teléfono celular: 0983555486	Cédula de identidad o Pasaporte: 171272807-8
Teléfono convencional: 2839-206	Correo electrónico: evelyn_2824@outlook.com

Datos de la Mascota

Nombre:	Negra	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestiza	Edad:	2a		Color:	Negro y marrón	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	27						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de DICIEMBRE de 2018

Yo, MARIA PULUPA USHIÑA como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19554
CU

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
27		/			/			/	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 111272807-8

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19555
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon	27/12/2018	18

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Ana Maria Quilumba Espinoza	Dirección: Ayacucho u de octubre
Teléfono celular:	Cédula de identidad o Pasaporte: 171145330-6
Teléfono convencional: 2839095	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Muñeca	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	mestiza	Edad:	1a		Color:	negra, café	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	16						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de diciembre de 2018

Yo, Ana Maria Quilumba E. como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19556
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
16		/			/			//	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable

C.I.: 1711053 30-6

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19557

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon	27/12/2018	19

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Ana Laura Quilumba Tupiza	Dirección: Ayacucho 4 de octubre
Teléfono celular:	Cédula de identidad o Pasaporte:
Teléfono convencional: 2839095	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Lobita	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	mistiza	Edad:	2a		Color:	café	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	6						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de diciembre de 2018

Yo, Ana Laura Quilumba T. como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19538
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
6		/			/			/	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 171145330-6

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19559
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	27 - 12 - 2018	20

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Paulino Simbaña	Dirección: Iyacoto
Teléfono celular: 0979017338	Cédula de identidad o Pasaporte: 171658069-9
Teléfono convencional: 2839- 144	Correo electrónico: alexapao-29@hotmail.com

Datos de la Mascota

Nombre:	Hermanito	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	X
			Gato			Hembra	
Raza:	Mestizo	Edad:	3a		Color:	amarillo	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	17						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de Diciembre de 20 18

Yo, Paulino Simbaña como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable Paulino Simbaña

19560
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
17		/			/			/	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable Paulina Sumbaña

C.I.: 171658069-9

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19561
C3

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

Nº Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	Nº. de Ficha:
	Calderón	2018/27/12	21

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Celenita Pinza	Dirección: Carcelén
Teléfono celular: 0998589477	Cédula de identidad o Pasaporte: 1711457026
Teléfono convencional: 3440798	Correo electrónico: Celenita Pinza@hotmail.com

Datos de la Mascota

Nombre:	Lulú	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Fresport	Edad:	1a		Color:	Blanca	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	6						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de Diciembre de 2018

Yo, Celenita Pinza como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19562
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
6		/			/			/	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 171145702-6

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19563
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	2018/12/27	22

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Damaris Haro	Dirección: Carcelén
Teléfono celular: 0995038995	Cédula de identidad o Pasaporte: 1726337771
Teléfono convencional: 3440798	Correo electrónico: Haro damaris2@gmail.com

Datos de la Mascota

Nombre:	Tomasa	Especie:	Perro		Sexo:	Macho	
			Gato	X		Hembra	X
Raza:	Mestizo	Edad:	1a		Color:	Negro y blanco	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	2						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de Diciembre de 2018

Yo, Damaris Haro Pema como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19564
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
2		/				/			/

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1726335722-1

19565
CI

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	27/12/2018	23

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Katherine Guamán	Dirección: Oyacoto Sector #8
Teléfono celular: 0992962970	Cédula de identidad o Pasaporte: 172384381-7
Teléfono convencional: 2839126	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	July	Especie:	Perro		Sexo:	Macho	
			Gato	X		Hembra	X
Raza:	Mestiza	Edad:	3a		Color:	Negro.	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	2						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de Diciembre de 20 18

Yo, Katherine Guamán como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19566

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
2		/				/			/

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 172384381-7

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19567
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	27/12/2018	24

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Katherine Guamán	Dirección: Oyacoto sector #8
Teléfono celular: 0992962970	Cédula de identidad o Pasaporte: 172384381-7
Teléfono convencional: 2839126	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Ana	Especie:	Perro		Sexo:	Macho	
			Gato	X		Hembra	X
Raza:	mestiza	Edad:	3m		Color:	Amarillo.	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	1						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de Diciembre. de 20 18

Yo, Katherine Guamán como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19568
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
1		✓				✓			✓

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 172384381-7

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19569
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	27/12/2018	25

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Katherine Guamán	Dirección: Oyacoto Sector #8
Teléfono celular: 0992962970	Cédula de identidad o Pasaporte: 172384381-7
Teléfono convencional: 2839126	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Isabela	Especie:	Perro		Sexo:	Macho	
			Gato	X		Hembra	X
Raza:	Mestiza	Edad:	3m		Color:	Amarillo	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	1						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de Diciembre de 20 18

Yo, Katherine Guamán como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19570
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
1		✓				✓			✓

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 172384381-7

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19571
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	CALDERON	2018-12-27	26

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Dolores Collaguazo	Dirección: San Francisco de Ayacoto
Teléfono celular: 0980534921	Cédula de identidad o Pasaporte: 170633868-6
Teléfono convencional:	Correo electrónico: franklinsc27@hotmail.com

Datos de la Mascota

Nombre:	Lasy	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestizo	Edad:	5a		Color:	CREMA	

Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)

Peso en Kg:	12

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de diciembre de 2018

Yo, Dolores Collaguazo como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable Dolores Collaguazo

19572
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
12		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable Dolores Collaguazo

C.I.: 1706338686

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19573
C3

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

Nº Tatuaje:	Administración Zonal: Calderón	Fecha: 2018-12-22	Nº. de Ficha: 27

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Dolores Collaguazo	Dirección: San Francisco de Oracata
Teléfono celular: 0980534921	Cédula de identidad o Pasaporte: 1706338668-6
Teléfono convencional: 2839-224	Correo electrónico: franklinoc27@hotmail.com

Datos de la Mascota

Nombre:	Blanca	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestizo	Edad:	5a		Color:	crema	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	16						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de diciembre de 2018

Yo, Dolores Collaguazo como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable Dolores Collaguazo

19574
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
16		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable

C.I.: 170633868-6

19575
CJ

URBANIMAL
Centro de Gestión Zoosanitaria

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	LA DELICIA	2018-12-27	28

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Dolores Collaguazo	Dirección: San Francisco de Oyacoto
Teléfono celular: 0980534927	Cédula de identidad o Pasaporte: 170633868-6
Teléfono convencional: 2839-224	Correo electrónico: franklinoc27@hotmail.com

Datos de la Mascota

Nombre:	Coperina	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestizo	Edad:	4a		Color:	Amarillo	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	14						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de diciembre de 2018

Yo, Dolores Collaguazo como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable Dolores Collaguazo

19576
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
14		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable

C.I.: 1106338686

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19577
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	27/12/2018	29

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: María Farinango	Dirección: Oyacoto
Teléfono celular:	Cédula de identidad o Pasaporte: 1720352929
Teléfono convencional: 2839-304	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Lia	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestiza	Edad:	3m		Color:		
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	7						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de Diciembre de 2018

Yo, María Farinango. como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19578
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
7		/			/			/	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable

C.I.: 1724035289

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19579

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	2018-12-27	30

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Marisol Tapiza	Dirección: Oyacota
Teléfono celular: 0979503002	Cédula de identidad o Pasaporte: 1726581877
Teléfono convencional: 2839305	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Bruno	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	X
			Gato			Hembra	
Raza:	runa	Edad:	7m		Color: café		
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	10						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de Diciembre de 2017

Yo, Marisol Tapiza como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19580
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
10		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1726581877

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19581
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

Nº Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	Nº. de Ficha:
	Calderón	2018-12-27	31

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Aurora Carmelo Enríquez	Dirección: Oyacoto ceptor 6
Teléfono celular: no	Cédula de identidad o Pasaporte: 0400555637
Teléfono convencional: no	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Shasha	Especie:	Perro		Sexo:	Macho	
			Gato	X		Hembra	X
Raza:	Mestizo	Edad:	un año		Color: Con blanco amarillo		
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	3						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de Diciembre de 2018

Yo, Aurora Carmelo Enríquez como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable Aurora Carmelo Enríquez

19582
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
3		✓				✓		✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable Alvaro Cordero Cuéllar

C.I.: 0400555637

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19583
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon	27/12/18	32

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Ruth Sanchez	Dirección: Oyacato Sector 7
Teléfono celular: 0969986547	Cédula de identidad o Pasaporte: 1717218492
Teléfono convencional: 2839555	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Masca	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestiza	Edad:	7a		Color:	Negro	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	15						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de 12 de 2018

Yo, Ruth Sánchez como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19584
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
15		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1756208 65-6.

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19585
C3

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	27-12-2018	33

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Mariela Morales	Dirección: Oyacoto
Teléfono celular: 0997647935	Cédula de identidad o Pasaporte: 1721827333
Teléfono convencional: 2839-075	Correo electrónico: mary_alexa1991@hotmail.com

Datos de la Mascota

Nombre:	Princesa	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestizo	Edad:	9a		Color:	café	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	9						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de Diciembre de 2018

Yo, Mariela Morales como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19586
Cy

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
9		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1719937696

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19587
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	27/12/2018	34

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Carmen Simbaña	Dirección: Ayacofo sector #7
Teléfono celular: 2839143	Cédula de identidad o Pasaporte: 1713691358
Teléfono convencional:	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Bruno	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	X
			Gato			Hembra	
Raza:	mestizo	Edad:	7 a		Color:	negro	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	20						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de Diciembre de 20 18

Yo, Carmen Simbaña como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19588
C3

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
20		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1713691358

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19589
03

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	27	35

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Carmen Simbaña	Dirección: Oyacolo Sector 7
Teléfono celular: 2839-143	Cédula de identidad o Pasaporte: 1713691358
Teléfono convencional:	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	15	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	X
			Gato			Hembra	
Raza:	mestizo	Edad:	4a		Color:	negro	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:							

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de Diciembre de 2018

Yo, Carmen Simbaña como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19540
CY

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1713691358

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

14591
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
36	Calderón	27-12-2018	36

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Doris Farinango	Dirección: Oyacoto
Teléfono celular: 0983481628	Cédula de identidad o Pasaporte: 1752114126-2
Teléfono convencional: 2-839-323	Correo electrónico: meli-nenis97@hotmail.com.

Datos de la Mascota

Nombre:	Dulce	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestizo	Edad:	4a		Color:	Crema.	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	17						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de Diciembre de 20 18

Yo, Doris Farinango como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

14592
CY

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
17		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable Pamela S.F.

C.I.: 1727391011

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19593

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	27 - 12 - 2018.	37

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Doris Farinango	Dirección: Oyacoto
Teléfono celular: 0983481628	Cédula de identidad o Pasaporte: 1752114 26-2
Teléfono convencional: 2-839-323	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Peluza	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Pelusa (Mestiza)	Edad:	2a		Color:	Plomo	

Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)

Peso en Kg:	13

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 27 de Diciembre de 20 18

Yo, Doris Farinango como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19594
C-J

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
13		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1727394101-1

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19595
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon.	2018-12-28	1

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Nicole Jamueza	Dirección: San miguel del Común
Teléfono celular: 0983526792.	Cédula de identidad o Pasaporte: 172739307-4
Teléfono convencional: 02 4510571	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Rapuncel	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	mestiza	Edad:	5m		Color: negro		
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	1						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 20 18.

Yo, Nicole Jamueza. como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable Nicole Jamueza.

19596
C1

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
1		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable Nicole Samuza

C.I.: 172739307-4.

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19597
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	28-12-2018	2

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Dolores simbaña	Dirección: Oyacoto
Teléfono celular: 0995841871	Cédula de identidad o Pasaporte: 1711931244
Teléfono convencional: 2839516	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Amarilla	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mistiza	Edad:	5a		Color: Amarillo		
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	20						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 2018

Yo, Dolores simbaña como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19598
CT

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
20		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1711931244

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19599
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	28 - 12 - 2018	3

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Dolores simbaña	Dirección: Oyacoto
Teléfono celular: 0995841871	Cédula de identidad o Pasaporte: 1711931244
Teléfono convencional: 2839516	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Rabita	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mistiza	Edad:	3a		Color: café y negro		
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	16						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 2018

Yo, Dolores simbaña como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19600
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
16		/			-	/		/	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1711931244

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19601
C1

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	28-12-2018	4

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Dolores Simbaña	Dirección: Oyacoto
Teléfono celular: 0995841871	Cédula de identidad o Pasaporte: 1711931244
Teléfono convencional: 2839516	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Amarilla 2	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mistiza	Edad:	1a		Color: Amarilla		
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	13						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 2018

Yo, Dolores Simbaña como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19602
C1

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
13		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable Nicole Samuza

C.I.: 1727930 7-4.

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19603
C3

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon	28-12-2018	5

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Dolores simbaña	Dirección: oyacoto
Teléfono celular: 0995841871	Cédula de identidad o Pasaporte: 1711931244
Teléfono convencional: 2839516	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Negra	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mistisa	Edad:	4a		Color: Negra		
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	8						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 2018

Yo, Dolores simbaña como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19604
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
8		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable Nicole Sanuza

C.I.: 172739307-9.

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19605

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon	2018/12/28	6

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Nicole Samueza	Dirección: San miguel del comun
Teléfono celular: 0982594397	Cédula de identidad o Pasaporte: 172739307-4
Teléfono convencional:	Correo electrónico: (02 451 0571)

Datos de la Mascota

Nombre:	Sofia	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestiza.	Edad:	5m		Color: Negro		
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	3						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 20 18

Yo, Nicole Samueza como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable Nicole Samueza.

19606
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
3		/			/			/	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable Nicole Samuezo

C.I.: 172739307-4.

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19607
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon	2018-12-28	7

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Nicole Samoeza	Dirección: San miguel
Teléfono celular: 0982394397	Cédula de identidad o Pasaporte: 172739307-4
Teléfono convencional: 4510571	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Elsa	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestiza	Edad:	5m		Color: Negro		
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	2						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 20 18

Yo, Nicole Samoeza como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable Nicole Samoeza.

19608
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
2		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable Nicole Samuera

C.I.: 172739307-4

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19609
OJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon.	2018-12-28	8

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Nicole Samuezа.	Dirección: San miguel del comun.
Teléfono celular: 0982594397	Cédula de identidad o Pasaporte: 1727393074.
Teléfono convencional: 0249510571	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Rocky	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	X
			Gato			Hembra	
Raza:	mestiza	Edad:	5m		Color: Negro.		
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	4						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 20 18

Yo, Nicole Samueza como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable Nicole Samueza

19610
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
4		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable Nicole Samaez9

C.I.: 1727391307-4.

19611
CJ

URBANIMAL
Centro de Gestión Zoosanitaria

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

Nº Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	Nº. de Ficha:
	S Calderon	28-12-2018	9

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Dolores simbaña	Dirección: oyacolo
Teléfono celular: 0995841871	Cédula de identidad o Pasaporte: 171193244
Teléfono convencional: 2839516	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Amarilla 3	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mistisa	Edad:	1a		Color: Amarilla		
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	13						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 20 18

Yo, Dolores simbaña como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19612
CS

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
13		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1711931244

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19613
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon	28-12-18	10

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Maria lucrecia Pilco	Dirección: San Miguel del Comon
Teléfono celular: 0987939669	Cédula de identidad o Pasaporte: 1710784743
Teléfono convencional: 453 6478	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Cachita	Especie:	Perro	x	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	x
Raza:	Fiensh food	Edad:	10a		Color:	BLANCA	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	9						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 2018

Yo, Maria lucrecia Pilco. como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19614
C1

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
9									

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1726190331

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19615
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	Nº. de Ficha:
	Calderón	28-12-18	11

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Maria Lorecia Pilco	Dirección: San Miguel del Común.
Teléfono celular: 0987939669	Cédula de identidad o Pasaporte: 1710784743
Teléfono convencional: 4536478	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Noney	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Tiensh pood.	Edad:	2a		Color:	Besnes	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	6						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembe de 20 18

Yo, Maria Lorecia Pilco como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19616
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
6		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 172619033-1

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19617
01

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

Nº Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	Nº. de Ficha:
	Calderón	28-12-18	12

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Maria Lucrecia Pilco	Dirección: San Miguel del Comercio
Teléfono celular: 0987939669	Cédula de identidad o Pasaporte: 1710781743
Teléfono convencional: 4536478	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Lulú	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Frenshpood	Edad:	4a		Color:	BLANCO	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	4						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 2018

Yo, Maria Lucrecia Pilco como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable _____

19618
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
4		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1726190 33-1

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

196 19 CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	28-12-18	13

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: María Lucrecia Pilco.	Dirección: San Miguel del Común.
Teléfono celular: 0987939669	Cédula de identidad o Pasaporte: 1710784743
Teléfono convencional: 4576978	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Mimi	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Tiensh pood	Edad:	8a		Color:	Blanca	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	5						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 2018

Yo, María Lucrecia Pilco como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19620
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
5		/			/			/	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1726190331

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19621
C9

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon	2018-12-28	14

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Nicole Sanchez	Dirección: San miguel
Teléfono celular: 0983526792	Cédula de identidad o Pasaporte: 172739307-4
Teléfono convencional: 4510571.	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Sury	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	mestiza	Edad:	4a		Color: Blanca		
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	15						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembe de 20 18

Yo, Nicole Sanchez como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable Nicole Sanchez

19622
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
15		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1711931244

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19623
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	Nº. de Ficha:
	Calderon	28/12/2018	15

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Maria Rosa Samueza Tituaña	Dirección: San Miguel de Comín
Teléfono celular: 0995929779	Cédula de identidad o Pasaporte: 170601973-2
Teléfono convencional: 4510218	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Jackelyn	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestizo	Edad:	1a		Color:	Negro	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	6						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 2018

Yo, Maria Rosa Samueza Tituaña como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable M R Samueza

19624
C7

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clinica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
6		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable

C.I.: 17060173-2

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19625
CY

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon	28/12/2018	16

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Maria Rosa Samueza Tituaña	Dirección: San Miguel de Común
Teléfono celular: 0995929779	Cédula de identidad o Pasaporte: 170601973-2
Teléfono convencional: 4810218	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Princesa	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestiza	Edad:	7a		Color:	Blanco	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	7						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 20 18

Yo, Maria Rosa Samueza Tituaña como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable M. Samueza

19626
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
7		/			/			/	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable M R Sumaeta

C.I.: 1706019973-2

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19627
C3

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon	28 - Diciemb	17

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Mirian Taxi	Dirección: San Miguel
Teléfono celular: 451195	Cédula de identidad o Pasaporte: 1713380507
Teléfono convencional: 0984019346	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Lobita	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	mestiza	Edad:	5a		Color: café		
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	10						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 20 ___

Yo, Mirian Taxi como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19628
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
10		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable

C.I.: 171358050-7

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19629
C1

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	Nº. de Ficha:
	CALDERÓN	2018-12-28	18

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: JOSE Manuel Simbaña	Dirección: SAN MIGUEL DEL COMUN
Teléfono celular: 0987990303	Cédula de identidad o Pasaporte: 171089557-6
Teléfono convencional: 4510658	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Juanito	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	X
			Gato			Hembra	
Raza:	MESTIZA	Edad:	12a		Color: CAFE BLANCO		
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	28						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de DICIEMBRE de 20 2018

Yo, Jose Manuel Simbaña como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19630
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
28		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 170884557-6

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19631
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	Nº. de Ficha:
	Calderon.	28/12-2018	19

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Wilmer Bernardo	Dirección: San Miguel del Comun.
Teléfono celular: 0984552960	Cédula de identidad o Pasaporte: 171124625-4
Teléfono convencional: 4532896	Correo electrónico: bla ns @yahoo.es

Datos de la Mascota

Nombre:	Nathily	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestiza	Edad:	7m		Color:	Cafe.	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	17						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Enero de 2018

Yo, _____ como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable _____

19632
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
17		/			/			/	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 171421912-0

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19633
C3

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	25/12/2018	20

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Luis Chala	Dirección: Zambiqual de Calderón
Teléfono celular: 0979901114 0985659876	Cédula de identidad o Pasaporte: 1007153157
Teléfono convencional:	Correo electrónico: luischalaalmeida@gmail.com

Datos de la Mascota

Nombre:	Peluza	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Castellana	Edad:	6a		Color:	BLANCA	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	8						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 26 de Noviembre de 2018

Yo, Luis Alberto Chala Almeida como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable Luis Chala

19634
C)

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
8		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable

C.I.: 1063183157

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19635
CY

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	28/12/18	21

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: ROSA QUILO	Dirección: SAN MIGUEL DEL COMÚN
Teléfono celular: 0979391804	Cédula de identidad o Pasaporte: 1713287744
Teléfono convencional: 4510876	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Rafaelito	Especie:	Perro		Sexo:	Macho	X
			Gato	X		Hembra	
Raza:	mestiza	Edad:	1a		Color:	blanco/naranja	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	4						

Autorización para la cirugia

Quito, DM, 28 de DICIEMBRE de 20 18

Yo, ROSA QUILO como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19636
C9

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
4		✓				✓		✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable Rosa

C.I.: 1713287744

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19637
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	CALDERON	28-12-18	22

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Narcisa Rueda	Dirección: San Miguel del Comón
Teléfono celular: 0934033011	Cédula de identidad o Pasaporte: 100259009-7
Teléfono convencional:	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Docky	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	X
			Gato			Hembra	
Raza:	Mestiza	Edad:	4m		Color:	Blanco	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	10						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 2018

Yo, MATIAS SIMBAÑA como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19638
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
10		/				/		/	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1713417181-4

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19639
C3

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	2018-12-28	23

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Alexsandra Collaguazo	Dirección: San miguel
Teléfono celular: 0988395427	Cédula de identidad o Pasaporte: 1719754254-2
Teléfono convencional: 2823-027	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Gabrielita	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestizo	Edad:	5a		Color:	Negra	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	5						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 20 18

Yo, Alexsandra Collaguazo como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable Alexsandra C

19840
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
5		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 171915425-2

19641
CJ

URBANIMAL
Centro de Gestión Zoosanitaria

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon	28/12/2018	24

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Geison Colloguazo	Dirección: San Miguel de Calderon
Teléfono celular: 0995642388	Cédula de identidad o Pasaporte: 1726449873
Teléfono convencional: 4510209	Correo electrónico: Carlosxenton@gmail.com

Datos de la Mascota

Nombre:	Valentina	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestizo	Edad:	1a 6m		Color:	Amarillo	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	20						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 20 18

Yo, Geison Colloguazo Simbaña como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19642
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
20		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1726494873

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19643
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	28/12/18	25

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: ROSA QUILO	Dirección: SAN MIGUEL
Teléfono celular: 0979939180 4	Cédula de identidad o Pasaporte: 17 1328 7744
Teléfono convencional: 451 0876	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Chen	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	X
			Gato			Hembra	
Raza:	mestizo	Edad:	3a		Color:	negro	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	10						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 7 de Diciembre de 20 18

Yo, Rosa Quilo como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable _____

19644
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
10		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1750989258

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19645
CJ

¡EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

Se fue

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon	28/12/2018	26

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Geison Colloguazo	Dirección: San Miguel de Calderon
Teléfono celular: 0995642388	Cédula de identidad o Pasaporte: [illegible]
Teléfono convencional: 4610209	Correo electrónico: Carlosxents@gmail.com

Datos de la Mascota

Nombre:	Tony	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	X
			Gato			Hembra	
Raza:	Mestizo	Edad:	4 años		Color:	Blanco	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	6						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 2018

Yo, Geison Jefferson Colloguazo Simbaña como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19646
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
6		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1726494873

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19647

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon	28 - Diciembre	27

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Juana Samueza Chushig	Dirección: San Miguel del Común
Teléfono celular: 0991668655	Cédula de identidad o Pasaporte: 171136769-6
Teléfono convencional:	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Susy	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	mestiza	Edad:	3a		Color:	blanco	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	7						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 2018

Yo, Juana Samueza Chushig como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable Juana Samueza

19648
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
7		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable Juana Somuza

C.I.: 17113676 9 - 6

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19649
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon	28 - Diciembre	28

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Juana Samueza Chushig	Dirección: San Miguel del Común
Teléfono celular: 0991668655	Cédula de identidad o Pasaporte: 171136769-6
Teléfono convencional:	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Lassy	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	mestiza	Edad:	3a		Color:	amarillo	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	10						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 2018

Yo, Juana Samueza Chushig como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable Juana Samueza

19650
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
10		/			/			/	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable Juana Somuelza

C.I.: 171136769_6

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19651
CY

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal: Calderón	Fecha: 28/12/2018	N°. de Ficha: 29

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Diego Collaguazo	Dirección: San Miguel de Ollería, Atahualpa S2-46
Teléfono celular: 0968547823	Cédula de identidad o Pasaporte: 1723089927
Teléfono convencional: 02 451 0209	Correo electrónico: diego.punki@hotmail.com

Datos de la Mascota

Nombre:	Linda	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	mest. za	Edad: 6 años	6a		Color:	Blanco	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	12						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 20 18

Yo, Diego Armando Collaguazo Sinchana como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19652
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
12		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable Pérsona l-hbá

C.I.: 1725089427

19653
CJ

URBANIMAL
Centro de Gestión Zoosanitaria

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon	28-12-2018	30

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Alexandra Collaguazo	Dirección: Dan miguel
Teléfono celular: 0988375427	Cédula de identidad o Pasaporte: 1727975425-2
Teléfono convencional: 2823-027	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Negrita	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	MESTIZA	Edad:	3a		Color:	NEGRA	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	23						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 2018

Yo, Alexandra Collaguazo como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable Alexandra C.

19654
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
23									

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1716494873

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19655
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

Nº Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	Nº. de Ficha:
	caballeros	28-12-2018	31

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: JUANA SAMUEZA	Dirección: San Miguel
Teléfono celular: NO TIENE	Cédula de identidad o Pasaporte: 1703396976
Teléfono convencional: NO TIENE	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Tony	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	X
			Gato			Hembra	
Raza:	mestizo	Edad:	8a		Color:	BLANCO	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	8						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de 12 de 20 18

Yo, JUANA SAMUEZA como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19656
C3

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
28		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1703396976

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19657
CY

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

Se fue

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
			32

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Juana Samueza Chushig	Dirección: San Miguel del Común
Teléfono celular: 0991668655	Cédula de identidad o Pasaporte: 171136769-6
Teléfono convencional:	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Jostyn	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	X
			Gato			Hembra	
Raza:		Edad:	4a		Color:		
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	10						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 2018

Yo, _____ como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable _____

19658
C-1

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
10									

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: _____

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

18659
CS

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal: Calderón	Fecha: 28/12/18	N°. de Ficha: 33

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Santiago Yamba.	Dirección: San Miguel del Común lote E154
Teléfono celular: 0995362330	Cédula de identidad o Pasaporte: 1717745336-6
Teléfono convencional: 0992867	Correo electrónico: yeorelsantypm@hotmail.com

Datos de la Mascota

Nombre:	Mimi	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestizo.	Edad:	6a		Color: Amarillo		
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	10						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 2018

Yo, _____ como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable _____

19660
C1

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
16		/			/			/	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable Jael Yamba.

C.I.: 171774536-6

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19661
C3

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal: Calderón	Fecha: 23-12-18	Nº. de Ficha: 34

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Luz Marica Simbaña	Dirección: San Miguel del Comah
Teléfono celular:	Cédula de identidad o Pasaporte: 1712314713
Teléfono convencional: 4510329	Correo electrónico: edsi.971.estrella@gmail.com

Datos de la Mascota

Nombre:	Estrella.	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestiza	Edad:	3a		Color:	piel	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	10						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 23 de 12 - 18 de 20 18

Yo, Marcia Ruaba como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

19662
CY

Firma Tutor/a o Responsable

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
10		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable Luz María Simbaña

C.I.: 1712314713

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19863
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	Nº. de Ficha:
	Calderón	28 - 12 - 2018	35

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Katherin Chushig	Dirección: San Miguel del Común
Teléfono celular: 0939075071	Cédula de identidad o Pasaporte: 1726759798
Teléfono convencional: 4510569	Correo electrónico: elian-chushig@hotmail.com

Datos de la Mascota

Nombre:	Chiripa	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestiza	Edad:	3a		Color:	NEGRA	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	5						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de diciembre de 20 18

Yo, Katherin Chushig como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable Katherin Ch

19664
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
5									

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable Katherinch

C.I.: Kath. 12673979-8

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19665
C3

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	28 - 12 - 2018	36

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Katherin Chushig	Dirección: San Miguel del Común
Teléfono celular: 0959075071	Cédula de identidad o Pasaporte: 1726739798
Teléfono convencional: 4510369	Correo electrónico: eltan-chushig@hotmail.com

Datos de la Mascota

Nombre:	Mimi	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Mestiza	Edad:	2a		Color:	café	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	7						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 20 18

Yo, Katherin Chushig como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

19666
CJ

Firma Tutor/a o Responsable Katherinch

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
7		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable Katherinsch

C.I.: 1726759798

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19669
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderón	28-12-2018	37

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Dolores simbaña	Dirección: San miguel
Teléfono celular: 0995841871	Cédula de identidad o Pasaporte: 1711931244
Teléfono convencional:	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Blanquito	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	X
			Gato			Hembra	
Raza:	Mestiza	Edad:	5a		Color: blanco		
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:							

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 2018

Yo, Dolores simbaña como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19668
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1711931244

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19669
01

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon	28-12-2018	38

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: María Tocagón	Dirección: San Miguel
Teléfono celular: 0982734551	Cédula de identidad o Pasaporte: 1002027843
Teléfono convencional:	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Gorda	Especie:	Perro		Sexo:	Macho	
			Gato	X		Hembra	X
Raza:	Mestiza	Edad:	2a		Color:	Amarillo con blanco	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	2						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 2018

Yo, María Rosario Tocagon Chicaiza como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19670
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
2		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1002027843

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

10671
03

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon	28-12-2018.	39

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: María Tocagón	Dirección: San Miguel
Teléfono celular: 0982784551	Cédula de identidad o Pasaporte: 1002027843
Teléfono convencional:	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Flora	Especie:	Perro		Sexo:	Macho	
			Gato	X		Hembra	X
Raza:	Mestiza	Edad:	2a		Color:	Blanco y negro	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	3						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de Diciembre de 20 18.

Yo, María Rosario Tocagón Chiriza como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19672
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
3		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1002027843

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19673
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	N°. de Ficha:
	Calderon	28/12/2018	40

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Jessica Carrera	Dirección: San miguel del Comun
Teléfono celular: 0979023483	Cédula de identidad o Pasaporte: 1720400082-7
Teléfono convencional: 4518 795	Correo electrónico:

Datos de la Mascota

Nombre:	Negro	Especie:	Perro		Sexo:	Macho	
			Gato	X		Hembra	X
Raza:	MESTIZA	Edad:	1 a.		Color:	Negro con plomo	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	2						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de diciembre de 2018

Yo, Jessica Carrera como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable

19674
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
2		✓			✓			✓	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 172040082-7

19675
CJ

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable

AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

QUITO
SECRETARÍA DE SALUD

N° Tatuaje:	Administración Zonal:	Fecha:	Nº. de Ficha:
	calderon	28/12/2018	41

Datos del Tutor o Responsable

Nombre: Cristhofer Cuspa	Dirección: San Miguel de Calderón
Teléfono celular: 0995112703	Cédula de identidad o Pasaporte: 1720558922-3
Teléfono convencional: 2828906	Correo electrónico: crisalex 101 @ outlook.es

Datos de la Mascota

Nombre:	Estrello	Especie:	Perro	X	Sexo:	Macho	
			Gato			Hembra	X
Raza:	Cooker	Edad:	2a		Color:	Cafe	
Anamnesis: (Uso exclusivo del Médico Veterinario)							
Peso en Kg:	9						

Autorización para la cirugía

Quito, DM, 28 de 12 de 20 18

Yo, Cristhofer Cuspa. como tutor o responsable de la mascota anteriormente descrita, autorizo a los funcionarios de URBANIMAL, Centro de Gestión Zoosanitaria del MDMQ, para que efectúen la cirugía de esterilización definitiva en la misma, conociendo que el riesgo de lesión o muerte, aun siendo extremadamente bajo, siempre está presente al igual que en cualquier intervención quirúrgica en seres humanos, así como autorizo a que mi animal de compañía sea tatuado con fin de identificación y registro. Además, entiendo y certifico que:

- Mi animal se encuentra en buen estado de salud.
- Que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través del Centro de Gestión Zoosanitaria no efectuará análisis de laboratorio previo a la cirugía para descartar enfermedades latentes.
- Entiendo que algunos factores como: preñez, celo y algunas enfermedades virales incrementan los riesgos durante la cirugía.
- En caso de que mi mascota se encuentre gestante, esta terminará con la cirugía.

Firma Tutor/a o Responsable Cristhofer

1976
CJ

URBANIMAL GESTIÓN ZOOSANITARIA DE FAUNA URBANA

Evaluación Clínica:

Constantes Fisiológicas									
Peso Kg	T°			FC			FR		
	< 37	37-39,5	> 39,5	< 80	80-140	140-240	< 10	10-40	>40
9		/			/			/	

Fármacos Administrados:

Pre- anestésicos	ml	Anestésicos	ml	Antibiótico-antiinflamatorio	ml
Acepromacina		Ketamina		Benzapen	
Tramadol		Diazepam			

Fármacos de Emergencia	ml
Epinefrina	
Vit. K	
Etamsilato	
Doxapram	
Lidocaina	

Otros:

Nombre de Producto	Lote	Cantidad	Razón de entrega	Firma - Recibe

Recepción del Animal

- Declaro haber recibido a mi mascota viva y consciente.
- Declaro conocer y entender los cuidados post operatorios que se me han explicado por parte de los médicos veterinarios del Centro de Gestión Zoosanitaria, URBANIMAL, cuidados que me comprometo a cumplir fielmente.
- Declaro que mi mascota ha recibido los fármacos detallados en las tablas superiores.

Firma Tutor/a o Responsable _____

C.I.: 1720589223

URBANIMAL

Centro de Gestión Zoosanitaria

19677
CJ

EL BIENESTAR DE LOS ANIMALES ES IMPORTANTE,
TANTO PARA LOS ANIMALES COMO PARA PERSONAS Y MEDIO AMBIENTE.

#Convivencia Responsable