



JEFATURA DE UNIDAD
DEPARTAMENTAL
DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

Iztacalco
LA ALCALDÍA DEL PUEBLO

CENTRO DE CONTROL CANINO (CCC) EN IZTACALCO FORMATO DE RESPONSIVA

Alcaldía Iztacalco, Ciudad de México, a ____ de _____ de 2025.

MARQUE EL SERVICIO A REALIZAR Y LLENE EL FORMATO

OVARIOHISTERECTOMIA, CIRUGÍA MAYOR, CIRUGÍA MENOR, CESÁREA, EXTIRPACIÓN DE GLÁNDULA DE HARDER, OTECTOMÍA, CAUDOTECTOMÍA, CURACIÓN DE HERIDAS POST- QUIRÚRGICAS.

CANINO: _____ FELINO: _____ MACHO: _____ HEMBRA: _____

TALLA: _____ PESO: _____ RAZA: _____ COLOR: _____

NOMBRE DEL ANIMAL DE COMPAÑÍA: _____

NOMBRE DEL TUTOR: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

RESPONSIVA MÉDICA

AUTORIZO SE EFECTÚE LA CIRUGÍA DE MI ANIMAL DE COMPAÑÍA, CONSCIENTE DE LOS RIESGOS QUE IMPLICA DICHO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, DE AHÍ QUE OTORQUE MI CONSENTIMIENTO, CON LO QUE DESLINDO DE RESPONSABILIDAD LEGAL Y MÉDICA AL PERSONAL MÉDICO VETERINARIO, ASÍ TAMBIÉN A LA CLÍNICA DE ATENCIÓN A ANIMALES DE COMPAÑÍA DE LA ALCALDÍA IZTACALCO PARA QUE REALICE LA CIRUGÍA, ACEPTANDO DE CONFORMIDAD LOS RESULTADOS DURANTE Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR DEL ANIMAL DE COMPAÑÍA

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales (Expediente Clínico Animal), el cual tiene su fundamento en (Manual Administrativo) cuya finalidad es (Esterilización y/o Cirugía, con el fin de salvaguardar la integridad física de las personas y prevenir enfermedades que puedan ser transmitidas a las mismas y/o (todo público usuario de la demarcación en Iztacalco). Los datos marcados con asterisco (*) son obligatorios y sin ellos no podrá acceder al servicio o completar el trámite (Esterilización y/o cirugía). Así mismo se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la ley. El responsable del Sistema de Datos Personales JUD. de Atención a la Comunidad, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es (Edificio B Administrativo Primer Piso Av. Té S/N Col. Gabriel Ramos Millán).El titular de los datos podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para la Ciudad de México al teléfono: 55 5636-4636; más información en la página electrónica: <https://www.infocdmx.org.mx>.





JEFATURA DE UNIDAD
DEPARTAMENTAL
DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

Iztacalco
LA ALCALDÍA DEL PUEBLO

CENTRO DE CONTROL CANINO (CCC) EN IZTACALCO FORMATO DE ADOPCIÓN

Alcaldía Iztacalco, Ciudad de México, a ____ de _____ de 2025.

CALLE 7 No.68 COL. AGRICOLA PANTITLAN, CP. 08100 TEL 55 5558 6881 JUD DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD 5556543133 EXT 2014 Y 2015

ADOPCIÓN

CANINO: _____ FELINO: _____ MACHO: _____ HEMBRA: _____

TALLA: _____ PESO: _____ RAZA: _____ COLOR: _____

NOMBRE DEL TUTOR: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

RESPONSIVA MÉDICA

ME COMPROMETO A CUIDAR AL ANIMAL DE COMPAÑÍA QUE ESTOY ADOPTANDO, MANTENERLO EN BUEN ESTADO DE SALUD, ADEMÁS DE COLOCARLE UNA PLACA DE IDENTIFICACIÓN, CORREA AL TRANSITAR EN VÍA PÚBLICA Y ESTERILIZARLO, ASÍ MISMO ME RESPONSABILIZO DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE OCASIONE A TERCEROS, SI PERMITO QUE TRANSITE LIBREMENTE EN LA VÍA PÚBLICA, O LO ABANDONO, LO ANTERIOR DE ACUERDO CON LOS ARTÍCULOS 4 Y 30 DE LA LEY DE PROTECCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR DEL ANIMAL DE COMPAÑÍA

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales (Expediente Clínico Animal), el cual tiene su fundamento en (Manual Administrativo) cuya finalidad es (Esterilización y/o Cirugía, con el fin de salvaguardar la integridad física de las personas y prevenir enfermedades que puedan ser transmitidas a las mismas y/o (todo público usuario de la demarcación en Iztacalco). Los datos marcados con asterisco (*) son obligatorios y sin ellos no podrá acceder al servicio o completar el trámite (Esterilización y/o cirugía). Así mismo se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la ley. El responsable del Sistema de Datos Personales JUD. de Atención a la Comunidad, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es (Edificio B Administrativo Primer Piso Av. Té S/N Col. Gabriel Ramos Millán). El titular de los datos podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para la Ciudad de México al teléfono: 55 5636-4636; más información en la página electrónica: <https://www.infocdmx.org.mx>.





JEFATURA DE UNIDAD
DEPARTAMENTAL
DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

Iztacalco
LA ALCALDÍA DEL PUEBLO

CENTRO DE CONTROL CANINO (CCC) EN IZTACALCO FORMATO DE SOLICITUD DE SERVICIO MÉDICO VETERINARIO

Alcaldía Iztacalco, Ciudad de México, a __de _____ de 2025.

NOMBRE DEL ANIMAL DE COMPAÑÍA: _____

CANINO: _____ FELINO: _____ MACHO: _____ HEMBRA: _____

TALLA: _____ PESO: _____ EDAD: _____

RAZA: _____ COLOR: _____

NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR DEL ANIMAL DE COMPAÑÍA

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales (Expediente Clínico Animal), el cual tiene su fundamento en (Manual Administrativo) cuya finalidad es (Esterilización y/o Cirugía, con el fin de salvaguardar la integridad física de las personas y prevenir enfermedades que puedan ser transmitidas a las mismas y/o (todo público usuario de la demarcación en Iztacalco). Los datos marcados con asterisco (*) son obligatorios y sin ellos no podrá acceder al servicio o completar el trámite (Esterilización y/o cirugía). Así mismo se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la ley. El responsable del Sistema de Datos Personales JUD. de Atención a la Comunidad, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es (Edificio B Administrativo Primer Piso Av. Té S/N Col. Gabriel Ramos Millán). El titular de los datos podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para la Ciudad de México al teléfono: 55 5636-4636; más información en la página electrónica: <https://www.infocdmx.org.mx>.