|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA** | **CLASIFICACIÓN** | **PRESTAMO** | **DEVOLUCIÓN** |
| **PACIENTE** | **MV SOLICITANTE** | **FIRMA** | **FECHA DE PRÉSTAMO*****(DD-MM-AA)*** | **FECHA DE DEVOLUCIÓN*****(DD-MM-AA)*** | **FUNCIONARIO QUE RECIBE** | **VERIFICACIÓN DILIGENCIAMIENTO** | **FIRMA** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DEPENDENCIA:** **CENTRO CLINICO VETERINARIO**  **AÑO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**