**CENTRO CLÍNICO VETERINARIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Historia Clínica N°:**  | **Fecha de admisión: (dd/mm/aa)** **\_\_/\_\_/\_\_ Hora: \_\_:\_\_ am \_\_ pm\_\_** | **Clínico:****Tarjeta profesional:**  |
| 1. **DATOS DEL PACIENTE**
 |
|  **Nombre del paciente: Edad: Peso:**  |
| **Estado reproductivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha último Celo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N/A:\_\_\_****Número de partos: \_\_\_\_\_\_N/A:\_\_ Antecedentes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Vacunación: Vigente: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ Última fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trae carné: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_****Desparasitación: Vigente: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ Última fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Producto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Control de ectoparásitos: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ Última Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Producto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Dieta: Concentrado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Frecuencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Motivo de consulta:** |
| **2.ANAMNESIS** |
| **Tratamientos previos y evolución:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **4.EXAMEN CLINICO** |
| **T:°C** | **FC:** | **FR:** | **Mm** | **Tllc** | **Pulso** | **Motilidad** | **C.C** | **Estado de Conciencia** | **Temperamento** |
| **Sistema Tegumentario:** |
|  |
|  |
| **Sistema Respiratorio:** |
|  |
|  |
| **Sistema Digestivo:** |
|  |
|  |
| **Sistema Genito-urinario:** |
|  |
|  |
| **Sistema Cardiovascular:** |
|  |
|  |
| **Sistema Reproductivo:** |
|  |
|  |
| **Sistema Musculo esquelético:** |
|  |
|  |
| **Sistema Nervioso:** |
|  |
|  |
| **Órganos de los Sentidos:** |
|  |
|  |
| **Cavidad Oral:** |
|  |
|  |
| **Ganglios Linfáticos:** |
|  |
|  |
| **Palpación Rectal:** |
|  |
| **Presión arterial:**  |
|  |
| **5.Lista de problemas:** | **6. Diagnósticos Diferenciales** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **7.Diagnóstico presuntivo:** |
|  |
|  |
| **8.Pruebas paraclínicas** |
| **Sugeridas** | **Realizadas** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **9. Pronóstico:** |
| **10. Plan terapéutico:** |
| **Principio activo** | **Dosis básica** | **Presentación** | **Cantidad / vía** | **Frecuencia y duración** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **11.Observaciones:** |
|  |
|  |
| **11. Recipe: Si\_\_\_\_ Ver formato adjunto. No\_\_\_\_\_ Próximo Control:** |
| **12.Firma MV: TP:**  |