|  |  |
| --- | --- |
| **Seguimiento del paciente:** | |
| **Fecha** | **Observaciones (Datos, Análisis, Planes diagnósticos y Terapéuticos)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Seguimiento del paciente:** | |
| **Fecha** | **Observaciones (Datos, Análisis, Planes diagnósticos y Terapéuticos)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma: Clínico responsable / Tarjeta profesional**

**Nota:** Todo procedimiento que se solicite y autorice por apoyo a la academia o investigación, deberá tener diligenciado el **FORMATO AUTORIZACIÓN APOYO A LA ACADEMIA / INVESTIGACIÓN** firmado por el director del Centro Clínico Veterinario o del decano de FCAyRN