



PROCESO DE GESTIÓN DE APOYO A LA ACADEMIA

HISTORIA CLÍNICA VETERINARIA PROFESIONAL

Código: FO-GAA-27

Versión: 7

Fecha de aprobación: 08/09/2025

Página: 1 de 3

CENTRO CLÍNICO VETERINARIO

Historia Clínica N°:	Fecha de admisión: (dd/mm/aa) / / Hora: : am pm	Clínico: Tarjeta profesional:
----------------------	---	----------------------------------

1. DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre:	Identificación:
Teléfono:	Dirección:
E-mail:	Ciudad:

2. DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	Paciente Externo <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/>	
Especie:	Color/ capa de pelaje:	Sexo:
Edad:	Raza:	Peso:
Temperamento:	Alergias	Señales particulares

3. Estado reproductivo: _____ Fecha último Celos: _____ N/A _____

Número de partos: _____ N/A: _____ Antecedentes: _____

Vacunación: Vigente: Si No Última fecha: _____ Trae carnet: Si No
Desparasitación: Vigente: Si No Última fecha: _____ Producto: _____
Control de ectoparásitos: Si No Última Fecha: _____ Producto: _____

Dieta: Concentrado: _____ Otro: _____ Frecuencia: _____

Motivo de consulta:

3. ANAMNESIS

Entorno: Convivencia:
Enfermedades anteriores:
Cirugías previas:

Tratamientos previos y evolución:

4. EXAMEN CLÍNICO

T:°C	FC:	FR:	Mm	Tllc	Pulso	Motilidad	C.C	Estado de Conciencia	Temperamento
------	-----	-----	----	------	-------	-----------	-----	----------------------	--------------

S. 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:

