



CENTRO CLÍNICO VETERINARIO.

Historia Clínica N°:	Fecha de admisión: (<u>dd/mm/aa</u>) _ / _ / _ Hora: __: __ am __ pm__	Clínico: Tarjeta profesional:
----------------------	--	--------------------------------------

1. DATOS DEL PROPIETARIO

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

2. DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	Paciente Externo ___ Interno ___	
Especie:	Color/ capa de pelaje:	Sexo:
Edad:	Raza:	Peso:

3.Estado reproductivo: _____ Fecha ultimo 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:

--

--

--

--

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

Observaciones:

11. Recibe: Si **Ver formato adjunto. No** **Próximo Control:**

12. Firma MV: **TP:**