**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:** | | | | | | | | | | | | | | | | |