**CENTRO CLINICO VETERINARIO**

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_HISTORIA CLINICA No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CLASIFICACION: PEQUEÑOS\_\_\_\_\_\_\_GRANDES\_\_\_\_\_\_\_OTRO\_\_\_\_\_\_\_

ESPECIE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por medio de la presente solicito autorización para que sean exonerados de pago los procedimientos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ insumos y dispositivos médicos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del paciente referenciado arriba, teniendo en cuenta que el acompañamiento del caso tiene relevancia para:

APOYO A LA ACADEMIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ INVESTIGACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JUSTIFICACION:

(En caso de docencia escriba el nombre y código del curso, título de la práctica y costo total de los insumos y/o medicamentos, el cual será informado por el funcionario regente de farmacia) (para proyectos de investigación, nombre del proyecto y lineamiento administrativo)

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

Autorizo:

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

MV Solicitante: Firma director Centro Clínico

Matricula Profesional: Veterinario. /Decano Facultad de

Ciencias Agropecuarias y Recursos Naturales