CENTRO CLINICO VETERINARIO

FECHA: _____ HISTORIA CLINICA No. _____

PACIENTE: _____ ESPECIE: _____RAZA:_____EDAD:_____

PROYECCIÓN SOCIAL: _____ APOYO A LA ACADEMIA: _____ INVESTIGACIÓN: _____

DIAGNÓSTICO PREQUIRURGICO: _____
_____
_____

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y HALLAZGOS:

DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO: _____
_____
_____
_____

_____

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