	FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE PEQUEÑOS ANIMALES			
	CÓDIGO: FO-A-APC-01-03	VERSIÓN: 3	FECHA: 2017-02-08	PAGINA: 1 de 3

FECHA DE ADMISIÓN	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	HORA	H.C.
MÉDICO VETERINARIO				T.P.	CHIP

RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE		ESPECIE		RAZA	
COLOR		SEXO		FECHA NACIMIENTO	
EDAD	SEÑAS PARTICULARES				PROCEDENCIA Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>

DATOS DEL PROPIETARIO		
NOMBRE		IDENTIFICACIÓN
DIRECCIÓN		ESTRATO
MUNICIPIO	TELÉFONO	OCUPACIÓN


MOTIVO DE LA CONSULTA

ANAMNÉSICOS

HISTORIA DEL PACIENTE					
VACUNACIÓN	CANINOS			FELINOS	
	NO <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>	
	PVC <input type="checkbox"/> Fecha _____			TRIPLE <input type="checkbox"/> Fecha _____	
	TRIPLE <input type="checkbox"/> Fecha _____			RABIA <input type="checkbox"/> Fecha _____	
	RABIA <input type="checkbox"/> Fecha _____			OTRA <input type="checkbox"/> Fecha _____	
OTRA <input type="checkbox"/> Fecha _____			¿Cuál?		
¿Cuál?					
ULTIMA DESPARASITACION	SI <input type="checkbox"/>	PRODUCTO:		ALIMENTACIÓN	Balanceada <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>	FECHA:			Casera <input type="checkbox"/>
					Mixta <input type="checkbox"/> Otra: _____
ESTADO REPRODUCTIVO	Castrado <input type="checkbox"/>	Gestación <input type="checkbox"/>	ALERGIAS		
	Entero <input type="checkbox"/>	Lactancia <input type="checkbox"/>			
ENFERMEDADES ANTERIORES			CIRUGÍAS:		
ANTECEDENTES FAMILIARES					
HÁBITAT	Casa <input type="checkbox"/>	Lote <input type="checkbox"/>	Finca <input type="checkbox"/>	Taller <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>

CONSTANTES FISIOLÓGICAS		
T.L.C.	F.C.	F.R.
PULSO	TEMPERATURA	PESO

EXAMEN CLÍNICO


 UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA	FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE PEQUEÑOS ANIMALES			
	CÓDIGO: FO-A-APC-01-03	VERSIÓN: 3	FECHA: 2017-02-08	PAGINA: 2 de 3

ACTITUD	Asténico <input type="checkbox"/> Apoplético <input type="checkbox"/> Linfático <input type="checkbox"/>		
CONDICIÓN CORPORAL	Caquéctico <input type="checkbox"/> Delgado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/>		
ESTADO HIDRATACIÓN	Normal <input type="checkbox"/> Deshidratación 0-5% <input type="checkbox"/> 6-7% <input type="checkbox"/> 8-9% <input type="checkbox"/> + 10% <input type="checkbox"/>		
MUCOSAS:	N	A	Observaciones
<i>Conjuntival</i>			
<i>Oral</i>			
<i>Vulvar/Prepucial</i>			
<i>Rectal</i>			
OJOS			
OÍDOS			
NÓDULOS LINFÁTICOS			
PIEL Y ANEXOS			
LOCOMOCIÓN			
A. MUSCULOESQUELÉTICO			
SISTEMA NERVIOSO			
A. CARDIOVASCULAR			
A. RESPIRATORIO			
A. DIGESTIVO			
A. GENITOURINARIO			

LISTA DE PROBLEMAS		
LISTA DE PROBLEMAS	LISTA MAESTRA	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL (DAMNVIT)

(D: Degenerativa – A: Anomalía congénita – M: Metabólica – N: Nutricional y neoplásica – V: Vascular – I: Infecciosa, inflamatoria o idiopática – T: Trauma)

PLAN DIAGNOSTICO					
EXAMEN	SI	AUTORIZADO	FECHA	LABORATORIO	RESULTADOS

	FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE PEQUEÑOS ANIMALES			
	CÓDIGO: FO-A-APC-01-03	VERSIÓN: 3	FECHA: 2017-02-08	PAGINA: 3 de 3

		SI	NO			
Cuadro Hemático						
Parcial de orina						
Coprológico						
Citología fecal						
Citología						
Química sanguínea:						
1.						
2.						
3.						
4.						
Rayos x						
USG						
Cultivo						
Antibiograma						
Otro:						

INTERPRETACION DE RESULTADOS	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

PLAN TERAPEUTICO									
TS	P	S	E	PRINCIPIO ACTIVO A ADMINISTRAR	PRESENTACION	POSOLOGIA	DOSIS TOTAL	VIA	FRECUENCIA Y DURACIÓN

(TS: Terapia de Sostén - P: Tratamiento preventivo – S: Tratamiento Sintomático – E: Tratamiento Etiológico)

CONTROL (Fecha): _____

AUXILIARES, PASANTES O ROTANTES			
NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	SEMESTRE	FIRMA

MÉDICO VETERINARIO T.P.