



## Historia clínica

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre:	Sexo:	Peso:
Especie:	Edad:	Esterilizado:
Raza:	Color:	Medicina Preventiva:

### DATOS DEL DUEÑO

Nombre	Teléfono	Dirección

### CONSTANTES FISIOLÓGICAS

Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnóstico
TEMPERATURA		
PULSO		
LLENADO CAPILAR		
FR		

Pruebas	Tratamiento



911 234 567