

Hoja registro pacientes

N° Ficha _____

Medico _____

Lugar _____

Datos propietario

Nombre _____

Rut _____

Dirección-sector _____

Datos Paciente

Nombre _____

Especie _____ Raza _____

Edad _____ Sexo H ___ M ___

Origen _____ Cuadrilla _____ Hospital _____ PAMV _____

FC ___ FR ___ MUCOSAS ___ T° ___ TRC ___ RPC ___

Fecha ____/____/____

Georeferencia _____, _____

Teléfono _____

Correo _____

Damnificado SI ___ NO ___ FIBE _____

Color _____

Peso _____ Esterilizado SI ___ NO ___

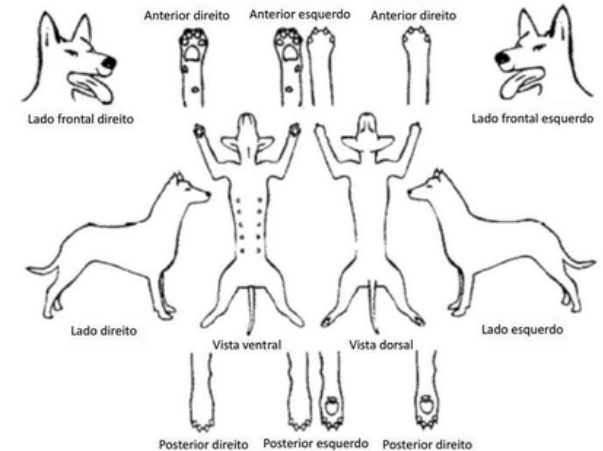
Chip SI ___ NO ___ N° Chip _____

Atención particular _____



Examen Clinico

Lesiones



Tratamiento

Proximo control

Fecha ____/____/____