

FECHA:			AUXILIARES A CARGO:					
MÉDICO VETERINARIO A CARGO:								
DATOS DEL PACIENTE								
ESPECIE:			RAZA:			SEXO:		
EDAD:			COLOR:			NOMBRE:		
DATOS DEL PROPIETARIO								
NOMBRE:			CEL:			DIRECCIÓN:		
MOTIVO DE CONSULTA								
Curso de enfermedad:								
INFORMACIÓN DE ANAMNESIS								
Vacunación inicial		Parvovirus	Triple Canina	Pentavalente	Rabia	Tos de las perreras	Triple felina	Leucemia Felina
Refuerzo								
Dieta suministrada		Seca		Húmeda		Casera		
Consumo		A voluntad		Comidas individuales		Producto comercial		
Cantidad		gr/día		Suplementos				
Fecha de última desparasitación:				Producto comercial:				
INFORMACIÓN DE CATAMNESIS								
CONSTANTES FISIOLÓGICAS								
Frecuencia Cardíaca		Frecuencia Respiratoria			Temperatura		Pulso	
lpm		cpm			°C			
EXAMEN CLÍNICO								
Estado general			Temperamento			Actitud		
Bueno	Regular	Malo	Agresivo	Dócil	Nervioso	Activo	Pasivo	Letárgico
C.C	Peso	Mucosas	LL/Capilar	Ganglios linfáticos		Hidratación		