



Nombre del Animal

N° Historia clínica

N° Recibo

## HISTORIA CLINICA PARTE INFORMATIVA

Ingreso:   201\_

### DEL CLIENTE:

Cliente: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Telef: \_\_\_\_\_

### DEL ANIMAL:

Especie:  Perro  Gato  Vacuno  Ovino  Equino  Otro \_\_\_\_\_ Sexo:  ♀  ♂ F. NAC:

Raza: \_\_\_\_\_ Reg: \_\_\_\_\_

Color y particularidades: \_\_\_\_\_

Alergias:

Enfermedades anteriores: \_\_\_\_\_

### VACUNACIONES

N°	Fecha Prog.	Fecha Aplic	ENFERMEDADES								Reg. Vacuna	Firma
1	__/__/201__	__/__/201__										
2	__/__/201__	__/__/201__										
3	__/__/201__	__/__/201__										
4	__/__/201__	__/__/201__										
5	__/__/201__	__/__/201__										
6	__/__/201__	__/__/201__										

### DESPARASITACIONES

N°	Fecha Aplic	Análisis laborat	Antiparasitario	Firma
1	__/__/201__			
2	__/__/201__			
3	__/__/201__			
4	__/__/201__			
5	__/__/201__			
6	__/__/201__			
7	__/__/201__			
8	__/__/201__			
9	__/__/201__			
10	__/__/201__			



Nombre del Animal

Nº Historia clínica

## HISTORIA CLINICA

### CONSULTA MEDICO VETERINARIA

Nº Recibo

Fecha: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 201\_\_

LISTA DE PROBLEMAS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANAMNESIS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### EXAMEN FISICO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### EXÁMENES AUXILIARES SOLICITADOS

##### EXAMEN

##### FECHA

_____	____/____/201__
_____	____/____/201__
_____	____/____/201__
_____	____/____/201__
_____	____/____/201__
_____	____/____/201__

#### DIAGNÓSTICO:

Sindrómico: \_\_\_\_\_  
Presuntivo: \_\_\_\_\_  
Definitivo: \_\_\_\_\_  
Pronóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Médico Veterinario y Zootecnista  
Nombre: \_\_\_\_\_

Reproducir para cada consulta