



HOJA DE REMISIÓN DE CASOS CLÍNICOS PEQUEÑOS ANIMALES

Datos del animal		Datos del propietario		
Nombre:		Nombre:	DNI:	
Raza:	Edad:	:	Población:	CP:
Sexo:		1:	2:	
Nº microchip				
Datos del veterinario remitente				
Clínica remitente:		Veterinario remitente:		
Horario:		1:	2:	
Deseo que se me informe:				
<input type="checkbox"/> por e-mail <input type="checkbox"/> vía telefónica <input type="checkbox"/> en el momento del alta del paciente <input type="checkbox"/> diariamente				

PROBLEMA ACTUAL:

HISTORIA MEDICA PREVIA:

MEDICACION ACTUAL:

POR FAVOR ENVIAR POR CORREO ELECTRONICO O POR FAX, TODA LA INFORMACION QUE CONSIDERE NECESARIA (INFORMES Y ANALISIS ACTUALES, RX, ETC)

SERVICIOS QUE DEMANDA DEL HCV:

Consulta de Medicina Interna: Consulta de Cirugía:

Especialidad:

Laboratorio:

Diagnostico por Imagen.

RX:

TAC:

RM:

Ecografía:

Endoscopia:

Por favor, recuerde que debe ponerse en contacto con el HCV para pedir día y hora de consulta o para avisar de la remisión de una urgencia al siguiente número: **902 01 02 02**