

FORMULARIO PARA LA REMISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Datos de la clínica remitente

Nombre Email

Teléfono

|  |
| --- |
| Datos del propietario y de la mascota |
| Nombre y ApellidosEmail Teléfono |
| Nombre mascota |  | Raza |  | Peso |  | Edad |  |  |

|  |
| --- |
| Caso remitido a: |
| Neuro | Medicina interna | Cirugía | Hospitalización | Fisioterapia |
| Cardiología | Odontología | Ecografía | Oftalmología | RX |
| M. Felina | Rehabilitación | Nutrición | Oncología | TC/RM |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnóstico presuntivo: |  | Sin diagnóstico |
| Antecedentes a considerar (alergias, reacciones adversas a medicamentos, etc.) |
| Medicación que esté recibiendo o respuesta a medicación administrada previamente: |
| Adjunta: Analítica | Radiografías | Otros |
| Deseo que informen a: | Clínica Referidora | Cliente |

El propietario debe presentar esta solicitud en la recepción del hospital. Si el propietario no dispone de su solicitud, el veterinario remitente puede enviarlo a nuestro mail: anaterve\_remisiones@ivcevidensia.es