

IMPRESO DE SOLICITUD DE ESTUDIO

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

CLÍNICA PRESCRIPTORA	
VETERINARIO REFERENTE	
Telf / e-mail	/
Nombre mascota	
Raza / Edad / Peso	/ /
Nº Chip / Tatuaje	/
Nombre propietario	
DNI / Dirección	/
Telf / e-mail	/
Historia clínica breve y estudio solicitado	
Aporta pruebas anestésicas (Indicar cual aporta)	<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> RX Torácica <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> Bioquímica <input type="checkbox"/> Otras _____ <input type="checkbox"/> Renuncio a hacer pruebas preanestésicas
Aporta pruebas diagnósticas anteriores (Indicar cual aporta)	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="width: 45%; text-align: center;">Firma y sello Clínica remitente</div> <div style="width: 45%; text-align: center;">Firma propietario</div> </div>	