



## 1. Identificación de la Historia clínica

HC # (número consecutivo)	
Fecha:	Hora:

## 2. Reseña

Nombre paciente:		Especie:	
Raza:		Sexo:	
Fecha de nacimiento:		Peso (gr.):	
Color y tipo de pelaje:		Chip #	
Otra identificación/ señales particulares:			
Fin zootécnico:		Origen/procedencia:	

## 3. Anamnesis

Dieta:			
Enfermedades previas:		Esterilizado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nº de partos:
Cirugías previas:	2207		
Esquema vacunal:			
Última desparasitación y producto:			
Tratamientos recientes:			
Viajes recientes:	¿Vive con otros animales? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	



Comportamiento del animal (escriba la información como la describe el propietario):	
<b>Motivo de consulta:</b> escribir la información como lo menciona el propietario	
_____	
_____	
_____	
_____	

#### 4. Examen físico general

Condición corporal:	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
T (°C):	FC (L/min):
FR (R/min):	TLLC (seg):
TRPC (seg):	Pulso:
Mucosas:	Porcentaje deshidratación:
Órganos de los sentidos:	
Piel y pelaje:	
Ganglios linfáticos:	
Sistema digestivo:	
Sistema respiratorio:	



Sistema endocrino:
Sistema músculo esquelético:
Sistema nervioso:
Sistema urinario:
Sistema reproductivo:
Palpación rectal:
Otros:

## 5. Abordaje diagnóstico

Lista de Problemas	Lista maestra	Diagnósticos diferenciales



## 6. Exámenes complementarios y resultados

Fecha orden prueba	Examen	Resultados

## 7. Diagnóstico presuntivo justificado

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------------

## 8. Diagnóstico definitivo

---

## 9. Plan terapéutico




10. Pronóstico \_\_\_\_\_



**11. Evolución**

Fecha/hora	Observaciones

**12. Observaciones**

---

---

**13. Anexos** (Consentimientos informados, resultados de pruebas paraclínicas, informes de anestesia, remisiones a otras clínicas, recomendaciones de egreso, etc.)

**14. Nombre y firma del profesional, número de cedula profesional**

---

Nombre y firma MV o MVZ tratante Cedula profesional