**HISTORIA CLÍNICA CANINA N°**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PACIENTE** | | |
| NOMBRE CDM: | | FECHA |
| N° MICROCHIP: | | PESO: |
| RAZA: | SEXO: | COLOR: |
| FECHA NAC. | ALZADA: | ESPECIALIDAD: |
| PREDIO: | MCIPIO: | DPTO: |
| PELAJE: | TATUAJE: | CIRUGÍAS: |
| ESTADO REPRODUCTIVO: | | CICATRICES: |
| AMBIENTE: | | N° ANIMALES/CANIL: |
| GUIA ASIGNADO: | | |
| PROPIETARIO: | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ALIMENTACIÓN** | | | |
| TIPO DE DIETA: | | | MARCA: |
| N° RACIONES DÍA: | | | RACIÓN TOTAL DIA: |
| FUENTE DE AGUA: | | | TOTAL AGUA CONSUMIDA/DIA: |
| **VACUNACIÓN** | | | |
| FECHA VACUNACIÓN: | | | TIPO VACUNA: |
| PRÓXIMA VACUNACIÓN: | | | MARCA/LOTE VACUNA: |
| **DESPARASITACIÓN** | | | |
| INTERNA | FECHA: | PRODUCTO: | |
| EXTERNA | FECHA: | PRODUCTO: | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONSTANTES FISIOLÓGICAS** | | | | | |
| F/C: /min | FR: / rpm | TLC: / s | | Pulso: F\_ L\_ C\_ | TEMP: C° |
|  | | | | | |
| ESTADO HIDRATACIÓN: | | | ESTADO CONCIENCIA: | | |
| E/G: | | | MUCOSAS: | | |

|  |
| --- |
| **ANAMNESICOS:** |
|  |
|  |
|  |
| **EXAMEN CLÍNICO POR SISTEMAS SISTEMA DIGESTIVO:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **SISTEMA RESPIRATORIO:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **SISTEMA CARDIOVASCULAR:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **SISTEMA GENITOURINARIO:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **SISTEMA NEUROLÓGICO:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **SISTEMA LINFÁTICO:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **SISTEMA ENDOCRINO:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **PIEL Y ANEXOS:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **LISTA DE PROBLEMAS:** |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| 6. |
| **DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:** |
| 1. |
| 2. |
| **EXAMENES DE LABORATORIO:**  1. |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** |
| 1. |
| 2. |
| **AYUDAS DIAGNÓSTICAS:** |
| 1. |
| 2. |
| **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:** |
| 1. |
| 2. |
| 3. |

**TRATAMIENTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **MEDICAMENTO** | **DOSIS** | **DESCRIPCIÓN** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |

**MÉDICO VETERINARIO**

Fecha – Próximo control

Nombre Completo:

R. M: