

HISTORIA CLINICA VETERINARIA

1. Información de la Institución: nombre, dirección, logo etc.

2. Identificación de la Historia clínica

HC # (número consecutivo)	
Fecha:	Hora:

3. Datos del propietario

Propietario: <input type="checkbox"/> Responsable <input type="checkbox"/>	
Nombre:	Apellidos:
Documento de identificación: Tipo _____	Número _____
Dirección de residencia:	
Teléfono fijo:	Teléfono celular:
Correo electrónico:	

4. 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:	

5. 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):		
Motivo de consulta: escribir la información como lo menciona el propietario		

6. Examen físico general

Condición corporal:	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <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:

7. Abordaje diagnóstico

Lista de Problemas	Lista maestra	Diagnósticos diferenciales

8. Exámenes complementarios y resultados

Fecha orden prueba	Examen	Resultados

9. Diagnóstico presuntivo justificado

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

10. Diagnóstico definitivo

11. Plan terapéutico

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

12. Pronóstico _____

13. Evolución

Fecha/hora	Observaciones

14. Observaciones

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

16. **Nombre y firma del profesional, número de matrícula profesional**

Nombre y firma MV o MVZ tratante
Matricula profesional