

FORMULARIO PARA LA REMISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

DATOS DE LA CLÍNICA REMITENTE	
NOMBRE:	
EMAIL:	TELÉFONO:

DATOS DEL PROPIETARIO Y DE LA MASCOTA			
NOMBRE:		APELLIDOS:	
EMAIL:		TELÉFONO:	
NOMBRE MASCOTA:		RAZA:	EDAD:

CASO REMITIDO A:				
URGENCIAS	MEDICINA INTERNA	CIRUGIA	HOSPITALIZACIÓN	DERMATOLOGÍA
CARDIOLOGÍA	ONCOLOGÍA	TRAUMATOLOGÍA	NEUROLOGÍA	OFTALMOLOGÍA
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN		OTROS		

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:		RX:	
DESEO QUE ME INFORMEN:		TELÉFONO:		EMAIL:	
DIARIO:		AL FINAL DEL CASO:			

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: hospitalveterinario24h@live.com , admon@hospitalveterinariopuentegenil.net

DIRECCIÓN: POLÍGONO INDUSTRIAL EL SILO SN. PUENTE GENIL (CÓRDOBA)

TELÉFONO: 957600599

SOS: 666 48 22 02

EMAIL: hospitalveterinario24h@live.com, admon@hospitalveterinariopuentegenil.net

ESCANEA EL QR PARA ABRIR UBICACIÓN

