

## FORMATO HISTORIA CLÍNICA 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/<br>señales particulares: |  |                     |  |
| Fin zootécnico:                               |  | Origen/procedencia: |  |

**5. Anamnesis:**

|   |  |  |               |
|---|--|--|---------------|
| Dieta:  |  |  |               |
| Enfermedades previas:   |  | Esterilizado:<br>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?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Cuáles?   |               |
| Comportamiento del animal<br>(escriba la información como la describe el propietario):                                |  |  |               |
| <b>Motivo de consulta:</b> (escribir la información como lo menciona el propietario) _____<br>_____<br>_____<br>_____ |  |  |               |

**6. 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:

**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/> |
|-------------------|

**10. Diagnóstico definitivo:**

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

**11. Plan terapéutico:**

|  |
|--|
|  |
|  |

**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**

---

**Firma**

**Nombre MV o MVZ tratante:**

**Matrícula profesional:**