



Ingrese la información en los
cuadros del siguiente color

FECHA:

SOLICITUD DE EXAMEN PARA EL AREA DE IMAGENOLOGIA

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:

NHC:

ESPECIE:

CANINA

FELINA

OTRO:

SEXO:

MACHO

HEMBRA

CASTRADO:

SI

NO

COLOR:

RAZA:

PESO (KG):

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA):

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE COMPLETO:

NRO DE CÉDULA:

DIRECCIÓN O SECTOR:

CIUDAD:

TELF.CONVENCIONAL:

CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

DATOS DEL MEDICO REMITENTE

NOMBRE DEL MÉDICO:

CENTRO VETERINARIO:

CORREO ELECTRÓNICO:

ANAMNESIS

TELÉFONO:

EXAMEN SOLICITADO

ECOGRAFIA

ABDOMINAL AFAST
GESTACIONAL TFAST
ECOCARDIOGRAFIA

RADIOGRAFIA

TORAX

LiLd LdLi VD DV
OTRA: _____

ABDOMEN

LiLd LdLi VD DV
OTRA: _____

EXTREMIDADES

FOCO EN: (ej: codo, hombro, rodilla):

NUMERO DE VISTAS:

2 VISTAS
OTRAS:

COLUMNA

FOCO EN: (NOMBRAR VERTEBRAS):

NUMERO DE VISTAS:

2 VISTAS
OTRAS:

PELVIS

VD LdLi LiLd OTRA:

OTROS

** ENDOSCOPIA
** MIELOGRAFIA SEGMENTO:
** TOMOGRAFIA SEGMENTO:
NO CONTRASTADA CONTRASTADA
** RESONANCIA MAGNETICA SEGMENTO:
NO CONTRASTADA CONTRASTADA

**EN CASO DE SOLICITAR ESTE TIPO DE EXAMENES, ES NECESARIO QUE EL MEDICO TRATANTE SE COMUNIQUE PERSONALMENTE O VIA TELEFONICA CON EL COORDINADOR MÉDICO DEL HVDES, LLAMANDO AL 1700 o 1800 VETERINARIA (838374).

FIRMA DEL MEDICO VETERINARIO