



Calle 134 No.15-42 Bogotá
PBX 2164708
Cel. 316 8044387
www.veterinariacountry.com

FORMULARIO REMISIÓN PATOLOGÍA

FECHA: _____

NO. LAB: _____

HISTORIA NO.: _____

ESPECIE _____

RAZA _____

SEXO: _____ EDAD: _____

NOMBRE MASCOTA: _____

MEDICO VETERINARIO REMITENTE: _____

TELEFONO: _____

FECHA DE TOMA: _____ HORA DE TOMA : _____

MOTIVO CONSULTA INICIAL: _____

SIGNOLOGÍA: _____

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: _____

BIOPSIA: _____ CITOLOGÍA: _____

TEJIDOS REMITIDOS: _____

DESCRIPCIÓN: _____

TIEMPO EVOLUCIÓN: _____
