



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

FORMULARIO REMISIÓN LABORATORIO CLÍNICO

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: _____

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: _____

EXAMENES SOLICITADOS: _____
