

VOLANTE DE REMISIÓN

		FECHA	
CLÍNICA DE ORIGEN		VETERINARIO DE CONTACTO	
NOMBRE	EDAD	SEXO	
RAZA	CHIP		
PROPIETARIO			

MOTIVO, BREVE HISTORIA CLÍNICA Y TRATAMIENTO ACTUAL

*Es necesario adjuntar a esta solicitud de remisión todas las pruebas realizadas al paciente relacionadas con la patología por la que es referido (pruebas laboratoriales y pruebas de diagnóstico por imagen).

ESPECIALIDAD SOLICITADA

- Anestesia/Consulta del dolor
 Cirugía de tejidos blandos
 Medicina Interna
 Neurología/Neurocirugía
 Traumatología/Ortopedia

Los pacientes referidos al Hospital Veterios sólo pueden ser atendidos en nuestras instalaciones bajo referencia de su clínica habitual en situaciones de emergencia.

