



CEU

Hospital Clínico Veterinario
Universidad Cardenal Herrera

FORMULARIO PARA LA REMISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

VETERINARIO REMITENTE

Nombre..... Apellidos.....
Tel Fax..... Correo electrónico

Centro..... Localidad-Provincia.....

CASO REMITIDO

Nº de su Historial Nº de nuestra Historia.....

Propietario..... Identificación del paciente¹

HISTORIA CLÍNICA/MOTIVO DE LA REMISIÓN

SERVICIO O VETERINARIO AL QUE SE REMITE EL CASO

Servicio Veterinario

TIPO DE SERVICIO QUE SE SOLICITA

¿Qué quieres que realicemos?: 2ª opinión Sólo diagnóstico Diagnóstico y tratamiento inicial² Hospitalización Todo el proceso

FORMA DE CONTACTO PARA LA COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS. Puedes marcar varias opciones

¿Qué quieres que realicemos?: Teléfono Fax Correo electrónico Otros (especificar)

¿Se puede informar al propietario de los mismos?: Si No Primero contactar conmigo

NOTAS O ACLARACIONES NECESARIAS

Firma y fecha

¹ Nº de microchip o tatuaje

² Médico y/o quirúrgico. Las revisiones las realiza el veterinario remitente