

VOLANTE DE REMISION

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | FECHA | |
| CLINICA DE ORIGEN | | | VETERINARIO DE CONTACTO | |
| NOMBRE | EDAD | | | SEXO |
| RAZA | | CHIP | | |
| PROPIETARIO | | | | |
|  | | | | |
| MOTIVO Y BREVE HISTORIA CLINICA | | | | |
| REGIONES (MARCAR ZONAS)  \_ CRANEO \_ EXTREMIDADES ANT. \_ COLUMNA TORACOLUMBAR  \_ TORAX \_ EXTREMIDADES POST.  \_ ABDOMEN \_ COLUMNA COMPLETA | | | | |

Los pacientes referidos a este Centro de Diagnóstico sólo pueden ser atendidos en nuestras instalaciones bajo prescripción y petición expresa del Centro de origen.