

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.