



**CENTRO DE
CONTROL CANINO**

FECHA DE REVISIÓN		DÍA:	MES:	AÑO:	HORA:
MÉDICO VETERINARIO:					
RESEÑA DEL PACIENTE					
NOMBRE:			ESPECIE:	RAZA:	
COLOR:	SEXO:			FECHA DE NACIMIENTO:	
EDAD:	SEÑAS PARTICULARES:			PROCEDENCIA: URBANA RURAL	
DATOS DEL PROPIETARIO					
NOMBRE:				IDENTIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN:				COLONIA:	
C.P.:		MUNICIPIO:		TELÉFONO:	
MOTIVO DE LA CONSULTA					
ANAMNÉSIS					
HISTORIAL DEL PACIENTE					
VACUNACIÓN	CANINOS			FELINOS	
	NO <input type="checkbox"/>	FECHA _____		NO <input type="checkbox"/>	FECHA _____
	PVC <input type="checkbox"/>	FECHA _____		PVF <input type="checkbox"/>	FECHA _____
	DVC <input type="checkbox"/>	FECHA _____		RABIA <input type="checkbox"/>	FECHA _____
	RABIA <input type="checkbox"/>	FECHA _____		OTRA <input type="checkbox"/>	FECHA _____
	OTRA <input type="checkbox"/>	FECHA _____		¿CÚAL? _____	
	¿CÚAL? _____				
ULTIMA DESPARASITACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	PRODUCTO:	ALIMENTACIÓN	BALANCEADA <input type="checkbox"/>	
	NO <input type="checkbox"/>	FECHA:		CASERA <input type="checkbox"/>	
ESTADO REPRODUCTIVO	CASTRADO <input type="checkbox"/>	GESTANTE <input type="checkbox"/>		MIXTA <input type="checkbox"/>	
	ENTERO <input type="checkbox"/>	LACTANTE <input type="checkbox"/>		ALERGIAS:	
ENFERMEDADES ANTERIORES			CIRUGÍAS		
HÁBITAT	CASA <input type="checkbox"/>	LOTE <input type="checkbox"/>	RANCHO <input type="checkbox"/>	PATIO <input type="checkbox"/>	
CONSTANTES FISIOLÓGICAS					
T.L.L.C.	F.C.		F.R.		
PULSO	T°		PESO:		
EXAMEN CLÍNICO					
CONDICIÓN CORPORAL	_____ / 5		ACTITUD		
ESTADO DE HIDRATACIÓN	NORMAL <input type="checkbox"/>	DESHIDRATACIÓN 0-5% <input type="checkbox"/>	6-7% <input type="checkbox"/>		
		8-9% <input type="checkbox"/>	+10% <input type="checkbox"/>		
MUCOSAS:	N	A	OBSERVACIONES		
CONJUNTIVAL					
ORAL					
VALVULAR/ PREPUCLIAL					
OJOS					



**CENTRO DE
CONTROL CANINO**

OÍDOS			
NÓDULOS LINFÁTICOS			
PIEL Y ANEXOS			
A. MUSCULOESQUELÉTICO			
SISTEMA NERVIOSO			
A. CARDIOVASCULAR			
A. RESPIRATORIO			
A. DIGESTIVO			
A. GENITOURINARIO			

LISTA DEL PROBLEMA

LISTA DE PROBLEMAS	LISTA MAESTRA	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL (DAMNVIT)

PLAN TERAPEUTICO

TS	P	S	E	PRINCIPIO ACTIVO A ADMINISTRAR	PRESENTACIÓN	POSOLOGÍA	DOSIS TOTAL	VIA	FRECUENCIA Y DURACIÓN

TS: Terapia de sostén P: Preventivo S: Sintomatico E: Etiológico

MATERIAL GASTABLE UTILIZADO

HOJA DE BISTURÍ	
GASAS	
ALGODÓN	
JERINGAS	
AGUJAS	
SUTURAS	
ALCOHOL	
AGUA OXIGENADA	
GUANTES	
CUBREBOCAS	
SANITAS	

COORDINADOR TÉCNICO

NOMBRE Y FIRMA DEL CIUDADANO
