

Nombre del responsable:

Nombre del Paciente:

Edad:

Sexo:

Responda las siguientes preguntas acerca de su mascota:

Indique el temperamento de su mascota

	Amigable	Tranquilo	Tímido	Desconfiado	Agresivo
--	----------	-----------	--------	-------------	----------

¿El paciente realizo ayuno en casa? Si (indique las horas de ayuno) No

¿El Paciente esta esterilizado? Si No Lo ignoro

Fecha aproximada del último celo

¿Se ha realizado alguna cirugía? Si (Indique cual, y fecha) No

¿Padece alguna patología diagnosticada? Si (indique cual o cuales) No

¿Está tomando algún medicamento? Si (nombre y ritmo horario) No

¿El paciente ha convulsionado? Si (Indique fecha) No

¿El Paciente ha presentado vómitos, diarrea y/o tos en la última semana?
Si (Indique cual) No

Firma y Rut del Responsable