

INFORMACIÓ DEL PACIENT**Informació del Client**

Nom:		
Adreça:		
Telèfon casa:	Mòvil:	E-mail:

Informació de l'Animal

Nom:	
Espècie:	Raça:
Data de naixement:	<input type="checkbox"/> Mascle <input type="checkbox"/> Femella
Esterilitzat:	Pes:

Història clínica de l'animal

Història clínica previa (accidents, operacions, malalties prèvies, etc.):	
Estat de salut general:	
Pateix l'animal d'algun tipus de problema cardíac o vascular?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pateix l'animal d'algun tipus de càncer?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Té l'animal algun tipus de tumor?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pateix l'animal d'algun problema a la pell?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pateix l'animal d'alguna neuropatia diabètica?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pateix l'animal d'alguna malaltia infecciosa?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Té l'animal algun implant metàl·lic?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pateix l'animal d'epilèpsia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pateix l'animal de problemes respiratoris?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ha patit l'animal episodis hemorràgics?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pateix l'animal de problemes gastrointestinals?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pateix l'animal habitualment infeccions d'orina?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Té l'animal alguna altra malaltia crònica no descrita anteriorment?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En cas afirmatiu indiqueu-ne les característiques a continuació:	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	

Patologies i altres condicions actuals:

Si és femella, està embarassada?

 Sí No

Si és femella, té el cel?

 Sí No

Té actualment problemes gastrointestinals?

 Sí No

Té actualment infecció d'orina?

 Sí No

Té l'animal alguna altra malaltia actualment?

 Sí No

En cas afirmatiu indiqueu-ne les característiques a continuació:

Medicació i suplementos que pren actualment (incloent dosi i freqüència):

Patologia a tractar (data de la cirurgia i mètode utilitzat si s'escau):

Jo, _____ amb DNI num. _____ propietari legal de l'animal indicat a dalt, declaro que la informació continguda en aquest document és certa i accepto la total responsabilitat de comunicar qualsevol fet rellevant durant el tractament, en particular qualsevol canvi en la seva salut.

He llegit i accepto. Firma propietari: _____ Data: __/__/____