

# Formulario Pre-Examinacion

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Nombre de su mascota \_\_\_\_\_

Su numero de telefono celular \_\_\_\_\_

Ud desea autorizar a un familiar para que el o ella pueda autorizar cuidado medico? Si desea hacer eso, favor de escribir el nombre y teléfono de esa persona \_\_\_\_\_

Favor de escribir su dirección si no la tenemos o si ha cambiado de dirección  
\_\_\_\_\_

Cual es la razón por su visita? Favor de marcar la que mas represente el problema que tiene su mascota:

1. Visita anual y vacunas
2. Enfermedad \_\_\_\_\_
3. Cirugia
4. Procedimiento de sedación \_\_\_\_\_
5. Revision medica
6. Otra razon \_\_\_\_\_

Hay algo adicional que debíamos revisar hoy?  
\_\_\_\_\_

Que tipo de comida come? Favor de decirnos el nombre de la compañía, comida seca o enlatada? Que cantidad? Cuantas veces por día?  
\_\_\_\_\_

Es que su mascota toma pastillas contra el gusano del corazón? Que marca?  
Necesita mas? \_\_\_\_\_

Es que Ud le administra algo para matar las pulgas y garrapatas? Que producto?  
Necesita mas? \_\_\_\_\_

Es que su mascota tiene? Marque los síntomas de su mascota

- |                     |               |
|---------------------|---------------|
| 1. Falta de apetito | 11. Toz       |
| 2. Mas apetito      | 12. Estornudo |

- 3. Poca sed
- 4. Mucha sed
- 5. Vomito
- 6. Diarrea
- 7. Estrenimiento
- 8. Falta de orine
- 9. Exceso de orine
- 10. Haciendo caca en la casa o fuera de la caja
- 13. Picazon
- 14. Deslizándose
- 15. Agresion
- 16. Cojo
- 17. Inactivo
- 18. Otro\_\_\_\_\_

Su mascota necesita algún otro servicio? Marque lo necesario

Cortar las unas

Esprimir las glándulas anales

Chequear su peso

Algo mas?\_\_\_\_\_

Necesita medicamentos? Favor de avisar cuando posible con 3 días de anticipación.\_\_\_\_\_

Tiene alguno otra pregunta para la Dra?\_\_\_\_\_