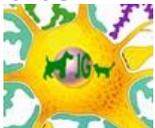


| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
|  <p>PERROS</p>  <p>GATOS</p>  <p>PEQ. MAMIF.</p>  <p>REPTILES</p>  <p>AVES</p>  <p>PRIMATES</p> | Nombre del paciente | | especie | raza | |
| | fecha de nacimiento | | color | sexo | |
| | ¿tatuaje o microchip? | | ¿tiene pedigree? | marcas especiales(cicatrices, defectos, etc..) | |
| | entero o castrado (fecha) | | pesos: fechas y pesos. peso actual. | alimentación: casera, pienso (¿de que marca?), latas, mixta ¿huesos? | |
| | nivel de contacto con la familia: alto (por ej: está en la cama, en el sofá), medio (dentro de casa pero tiene su sitio privado),bajo (por ej: en terraza) | | | hábitat: ¿donde está la mayor parte del tiempo? ¿dentro de casa? ¿jardín? ¿donde hace sus necesidades? ¿en casa? ¿en parque? ¿cuantas veces lo saca a hacer sus necesidades? | |
| | en caso de macho: cruces, montas, número de hijos | | | en caso de hembra: cruces, partos, número de hijos, lactaciones, fechas de los celos, abortos, inyecciones o pastillas para bloqueo del celo. | |
| | ¿cada cuanto lo baña? ¿que utiliza? | | ¿cada cuanto le vacía las glándulas anales? | | |
| | origen del animal: de criadero, de particular, de la calle, de una tienda | | | ¿desde cuando lo tiene? ¿que edad tenía cuando lo adquirió? | |
| | HISTORIAL (PROBLEMAS PASADOS) | | | enfermedades anteriores (fecha, enfermedad y tratamientos) | |
| | antiparasitarios internos (contra lombrices): fechas, productos y dosis | | | antiparasitarios externos (contra pulgas, garrapatas, etc.): fechas, productos y dosis | |
| otros medicamentos que le dá (vitaminas, prevención filariosis, etc.): fechas, producto y dosis | | | vacunaciones (fecha, tipo) | | |
| análisis de sangre realizados: fechas, parámetros investigados y valores | | | análisis de orina realizados: fechas, parámetros investigados y valores | | |
| radiografías anteriores: fecha, motivo y resultados | | | ecografías anteriores: fecha, motivo y resultados | | |
| endoscopias anteriores: fecha, motivo y resultados | | | intervenciones quirúrgicas anteriores: fecha, motivo y tipo de operación realizada | | |
| otras pruebas realizadas | | | | | |
| ¿le ha visto alguna vez parásitos en las heces? ¿como eran? fechas y medicación suministrada | | | ¿le ha visto alguna vez parásitos en la piel? fechas y medicación suministrada | | |
| PROBLEMA ACTUAL | | | pruebas realizadas desde que tiene este problema actual | | |
| ¿que le pasa? | | ¿cuando empezó a notarle que no está normal? | ¿desde cuando está enfermo realmente? | ¿por qué supone usted que está enfermo? | |
| ¿que medicaciones le está dando ahora? | | | ¿cuando lo llevó por ultima vez al veterinario? | | |
| apetito: mucho, poco, nada, normal | | sed: mucha, poca, nada, normal | temperatura rectal | ¿ingirió o bebió algo raro ultimamente? | |
| ¿vómitos? ¿después de comer? ¿que es lo que vomita? ¿de que color es? | | heces: normales, duras, estreñido, diarrea, ¿tienen parásitos? ¿tienen moco? | | orina: ¿le cuesta orinar? ¿es muy oscura la orina? ¿de qué color es? ¿orina mucha cantidad? | |
| ¿flujo vulvar o prepucial? ¿de que color? | | ¿algún bulto: en espalda, en cuello, en patas, etc..? | | respiración: agitada, normal, lenta | |
| mamas: ¿duras? ¿engrosadas? ¿cuales? | | uñas: normales, muy largas | | tos: poco frecuente, muy frecuente, ¿expectora? | |
| ojos: legañas, ojo cerrado, ojos enrojecidos, etc.. | | oidos: supuran, le duelen, etc.. | | sentidos: vista, oido, olfato.. | |
| ¿cojea? ¿le cuesta levantarse de atrás? ¿le duele alguna articulación? | | ¿sangra o ha sangrado por algún sitio: nariz, boca, heces, vómitos, vulva, etc..? | | boca: ¿le huele? ¿se le mueve alguna pieza dental? ¿le cuesta abrirla? ¿cuando le hizo por última vez una limpieza dental? ¿echa mucha saliva? | |
| ¿se fatiga? ¿tose al moverse o al hacer ejercicio? ¿le cuesta recuperar la respiración normal después de correr? | | piel: ¿se rasca? ¿tiene calvas? ¿ha cambiado de color? ¿tiene parásitos? ¿huele fuerte? ¿caspa? Indique los lugares exactos de sus lesiones | | comportamiento: ¿mas agresivo? ¿mas tranquilo? ¿rompe cosas? ¿es aficionado a morder todo lo que pilla? ¿se masturba? | |
| más comentarios sobre la enfermedad actual | | | | | |

Tecnología JG
 -LABORATORIO
 -ECO-DOPPLER
 -RADIOLOGÍA
 -RADIOLOGÍA DIGITAL
 -ENDOSCOPIA
 -E.C.G
 -RESONANCIA
 MAGNÉTICA
 -TECNOLOGÍA
 DICOM

Especialidades JG
 CIRUGÍA
 CARDIOLOGÍA
 NEUROLOGÍA
 OFTALMOLOGÍA
 ONCOLOGÍA
 TRAUMATOLOGÍA
 OTORRINO
 MICROCIRUGÍA
 OBSTETRICIA
 DERMATOLOGÍA
 ENDOCRINOLOG.
 HEMATOLOGÍA
 ODONTOLOGÍA
 UROLOGÍA
 GASTROENTER.
 ETOLOGÍA



Su veterinario:

| | |
|-------------------|-------------------|
| Nombre: | Teléfono: |
| Dirección: | Población: |

Hospital Clínico Veterinario

Centro de Especialidades

Médico-quirúrgicas



Hospital Veterinario J. Griñán

en Avda. de Alicante, 18
Mutxamel (Alicante-Spain)

ABIERTO 24 HORAS
incluso domingos y festivos

Tfno 24 horas: 965.951.897

fax: 96.5955009

email: jg@vetjg.com



**Edificio JG: 3 plantas con más
de 2.500 m2 dedicados a la
salud de su mascota**



ACCESOS:

- Aeropuerto: a 20 minutos del aeropuerto de Alicante.
- Autobús: líneas directas desde Alicante
- Autopista: a 500 m de la salida Jijona-Alcoy
- Tren: a 20 minutos de la Estación de Alicante

HOTELES MÁS PRÓXIMOS (a 2 km):

- Hotel Plaza: Plaza Constitución, 6 San Juan de Alicante Tfno: 965.653954
- Hotel Roma: Calle del mercado, 1 San Juan de Alicante. Tfno: 965.654016
- Pensión Colón: Calle Colón, 10 San Juan de Alicante Tfno: 965.651833



- Recomendamos pida cita previa si desea que le atienda un especialista. Le podemos atender en inglés o alemán.

CITA: día hora: Dr. english  deutsch 

- Acuda a nuestro hospital 20 minutos antes de la cita para darnos sus datos en la recepción del hospital.
- Intente respondernos a todas las preguntas que figuran en este formulario.
- Intente traer a su mascota en ayunas de un mínimo de 12 horas (4 horas en el caso de aves). No le retire el agua de bebida.
- Venga acompañado por resultados de pruebas diagnósticas realizadas (radiografías, analíticas, etc.), así como de la cartilla de vacunaciones y desparasitaciones.
- Traiga todas las medicaciones que le ha dado a su mascota (o sus recetas).
- Intente que le acompañe la persona que más tiempo pasa con su animal de compañía. Es la que más datos nos va a aportar sobre su enfermedad.
- Pago de nuestros servicios: al contado (en metálico o con tarjeta) o pre-pago por ingreso en nuestra cuenta c/c:

La Caixa 2100 – 4263 – 80 – 2200033156

Prepago internacional: IBAN ES05 2100 4263 8022 0003 3156 BIC/CODIGO SWIFT CAIXESBBXXX