



FORMULARIO PARA LA REMISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Hospital Clínico Veterinario de Cáceres
Avda. Universidad s/n 10003 Cáceres.
Tlf: 927257102/619081929
recepción-hcv@unex.es



VETERINARIO REMITENTE

Nombre/Razón Social:

NIF/CIF:

E-mail:

Teléfono:

VETERINARIO

FORMA DE CONTACTO PARA LA COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Teléfono

E-mail

CASO REMITIDO

Propietario:

Nombre Paciente:

Raza:

Sexo:

Especie:

Edad:

Peso:

CASO REMITIDO

HISTORIA CLÍNICA/MOTIVO DE LA REMISIÓN

PRUEBAS PRACTICADAS EN LA CLÍNICA QUE REFIERE EL CASO (adjuntar en el e-mail)

Radiografías

Ecografía

Bioquímica

Hematología

Otras (indicar):

POSIBLES DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS RECIBIDOS



FORMULARIO PARA LA REMISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Hospital Clínico Veterinario de Cáceres
Avda. Universidad s/n 10003 Cáceres.
Tlf: 927257102/619081929
recepción-hcv@unex.es



SERVICIO QUE SE SOLICITA

Radiografías Ecografía abdominal Ecocardiografía TAC
Endoscopia Resonancia Magnética Escintigrafía
Otros (indicar):

Remisión completa del caso al HCV para que sea valorado en dicho centro.

NOTAS O ACLARACIONES NECESARIAS

Tras concertar día y hora con una cita en el teléfono 927257102 o bien en el e-mail recepcion-hcv@unex.es, o cirugiahcvuex@gmail.com (Cirugía, RX, TAC, Resonancia) o minternahcvuex@gmail.com (Medicina Interna, Ecografía) mande por e-mail este formulario o entregue una copia al propietario que va acompañar al animal el día de la visita.