

Clínica Veterinaria del Bosque.

Médico responsable: _____

Fecha: _____

Historia clínica

Nombre del
Propietario: _____
Dirección: _____ CP: _____

Teléfono: _____ Y _____

Nombre del paciente: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento o edad: _____

Color: _____

Raza: _____ Especie: _____

Quien lo recomendó:

Vacunas:	Fecha:	Vacunas:	Fecha:
Triple canina:	_____	Leucemia viral felina:	_____
Parvovirus:	_____	Triple felina:	_____
Rabia:	_____	Otras:	_____
Leptospirosis:	_____	Desparasitación	_____
Moquillo / sarampión:	_____		
Galaxie 6:	_____		
Bordetella	_____		

Motivo por el que se presenta a
consulta: _____

Desde cuando tiene a su
mascota: _____

Existe algún otro animal en casa:

Dieta y
frecuencia: _____

En donde adquirió a su
mascota: _____

Que enfermedades y en que fecha ha
padecido: _____

Ha estado expuesto recientemente a enfermedades infecto contagiosa:

Se le ha administrado algún tratamiento para la enfermedad actual: NO ___ SI ___
Cual: _____

Sabe si su mascota ha presentado alguna reacción adversa a algún medicamento o vacuna:

Sistema tegumentario: **si no no**
sabe
Ha notado lesiones en la piel: () ()
()
Cuales: _____

Localización: _____

Presenta prurito: () ()
()
Desaparece en determinadas épocas del año: () ()
()
Parientes: () ()
()
Ha notado mejoría con los medicamentos: () ()
()

Sistema músculo esquelético: **si no no**
sabe
Presenta anomalías al caminar: () () ()
)
Edad en lo que lo ha notado: _____
Miembro afectado: _____
Es intermitente: () ()
()
Se incrementa con el ejercicio: () ()
()
Desaparece con el ejercicio: () ()
()
Ha empeorado desde que comenzó el problema: () ()
()
Ha mejorado desde que comenzó el problema: () ()
()

Parientes: () ()
()
Se mejora con medicamentos: () ()
()

Sistema respiratorio: si no no

sabe

Presenta tos: () ()

()

La tos es productiva : () ()

()

La tos es frecuente () o Infrecuente () Duración:

Presenta estornudos: () ()

()

Estornudos frecuentes () o infrecuentes () Duración:

Descarga nasal: () ()

()

Tipo de descarga nasal:

Presenta disnea: () ()

()

Parientes: () ()

()

Sistema cardiovascular: si no no

sabe

Se fatiga fácilmente: () ()

()

Presenta cianosis: () ()

()

Presenta debilidad: () ()

()

Presenta debilidad: () ()

()

Parientes: () ()

()

Sistema digestivo: si no no

sabe

Apetito: Normal () Selectivo () Inapetente ()

Ingestión de agua: Normal () Selectivo () Inapetente ()

Presenta vomito: () () ()

()

Características del vomito:

Frecuencia: _____ Relacionado con las comidas: Si () No ()

Tiempo: _____

Evacuaciones: Normal () Incrementada: () Disminuida ()

Consistencia: _____ Color:

Presenta estreñimiento: () () ()
)
 Presenta flatulencia: () () ()
)
 Deglución: Normal () Con dolor ()
 Parientes: () ()
 ()

**Sistema genio urinario:
sabe**

si no no

Presenta hematuria: () ()
 ()
 Presenta nocturia: () ()
 ()
 Presenta poliuria: () ()
 ()
 Presenta disuria: () ()
 ()
 Presenta oliguria: () ()
 ()
 Presenta anuria: () ()
 ()
 OVH o castrado: () ()
 ()
 Criptorquidio: () ()
 ()
 Se apareo: () ()
 ()
 Gestante: () ()
 ()
 Ha estado gestante antes: () ()
 ()
 Presenta descarga vaginal: () ()
 ()
 Tipo de
 descarga: _____

Ha presentado pseudociesis: () ()
 ()

**Sistema nervioso:
sabe**

si no no

Presenta comportamiento normal: () ()
 ()
 Presenta ataxia: () ()
 ()
 Presenta disimetría: () ()
 ()
 Presenta corea: () ()
 ()
 Presenta paresis: () ()
 ()
 Presenta convulsiones: () ()
 ()

Tics: () ()
 ()
 Parientes: () ()
 ()

Ojos:
sabe si no no
 Presenta descarga: () () ()
)
 Característica de la descarga:

Presenta blefaroespasma: () ()
 ()
 Presenta opacidad en la cornea: () ()
 ()
 Presenta cataratas: () ()
 ()
 Presenta ceguera: () ()
 ()
 Parientes: () ()
 ()

Oídos: si no no
sabe
 Presenta descarga: () ()
 ()
 Características de la descarga: _____

Presenta prurito: () ()
 ()
 Presenta algún olor anormal: () () ()
)
 Presenta sordera: () () ()
)

Comportamiento: si no no
sabe
Agresión:
 Presenta agresión: () ()
 ()
 Agresión a niños: () ()
 ()
Agresión a adultos: () ()
 ()
 Agresión a extraños () ()
 ()
 Agresión a conocidos: () ()
 ()

Agresión a su dueño:	()	()
()		
Agrede a otros animales: Cuales: _____	()	()
()		
La agresión es en casa:	()	()
()		
La agresión es en la calle:	()	()
()		
Agrede en algún lugar específico:	()	()
()		
Gruñe antes de la agresión:	()	()
()		
Ladra antes de la agresión:	()	()
()		
Muestra los dientes:	()	()
()		
Presenta pilo erección:	()	()
()		
Metete la cola entre las patas antes y durante la agresión:	()	()
()		

Miedo:	si	no	no
sabe			
A personas: Cuales _____	()	()	
()			
A otros animales: Cuales _____	()	()	
()			
A ruidos: Cuales _____	()	()	
()			
A objetos: Cuales _____	()	()	
()			
Cuando presenta miedo: _____			

El miedo es constante:	()	()	()
()			
Como manifiesta el miedo:			

Agrede cuando tiene miedo:	()	()	()
()			
Orina por sumisión:	()	()	()
()			
Defeca por miedo:	()	()	()
()			
Ansiedad por separación:	()	()	()
()			

Tráfico:	si	no	no
sabe			

Presenta anorexia: () ()
 ()
 Presenta polifagia: () ()
 ()
 Presenta apetito selectivo: _____ A que alimento: _____ () ()
 ()
 Consume materiales inapropiados: Cuales: _____ () ()
 ()
 Presenta coprofagia: Que especie: _____ () ()
 ()
 Presenta polidipsia: () ()
 ()

Descargas: **si no no**
sabe
 Orina dentro de casa: () () ()
)
 Defeca dentro de casa: () ()
 ()
 Orina fuera de casa: () ()
 ()
 En que momento orina:

Que posición corporal adopta para orinar y defecar:

Recibió entrenamiento casero: () ()
 ()

Otros: **si no no**
sabe
 Ladra: () () ()
)
 Aúlla: () () ()
)
 Escapa de casa: () () ()
)
 Destruye objetos: _____ Cuales: _____ () ()
 ()
 Roba comida: () ()
 ()
 Roba objetos: _____ Cuales: _____ () ()
 ()
 Problemas sexuales: _____ Cuales: _____ () ()
 ()

EXAMEN FÍSICO

Temp.: _____ Frec. Del pulso: _____ Carct. Del pulso:

Frec. Cardíaca: _____ Frec. Respiratoria: _____
Peso: _____

N = Normal. A = Anormal.

Actitud: ()	Conformación: ()	Hidratación: ()
Sist. Endocr. ()	Edo. Nutricional: ()	Gang. Linf. Reg: ()
Mucosas: ()	Sist. Cardiovascular: ()	Piel y oídos: ()
Ojos: ()	Sist. Musc. Esquelético: ()	Sist. Urinario: ()
Sist. Resp. ()	Sist. Digestivo: ()	Sist. Genital: ()
Sist. Nervioso: ()	Reflejo tusígeno: ()	Reflejo deglut. ()
Campos pulm. ()	Palp. Abdominal. ()	Tiemp. Llen. Cap. ()

ANAMNESIS

Motivo por el cual se presento a la consulta:

Lista de problemas:

Lista maestra:

Diagnostico diferencial para cada problema:

Pruebas diagnosticas recomendadas:

Tratamiento:

Dieta:

Próxima
cita:
