

FORMULARIO PARA LA REMISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Datos de la clínica remitente				
Nombre				
Email		Teléfono		
Datos del propietario y de la mascota				
Nombre y Apellidos				
Email		Teléfono		
Nombre mascota	Raza	Peso	Edad	
Caso remitido a:				
Neuro	Medicina interna	Cirugía	Hospitalización	Fisioterapia
Cardiología	Odontología	Ecografía	Oftalmología	RX
M. Felina	Rehabilitación	Nutrición	Oncología	Otros
Diagnóstico presuntivo:			Sin diagnóstico	
Antecedentes a considerar (alergias, reacciones adversas a medicamentos, etc.)				
Medicación que esté recibiendo o respuesta a medicación administrada previamente:				
Adjunta:	Analítica	Radiografías	Otros	
Deseo que me informen:		Teléfono	Mail	

El propietario debe presentar esta solicitud en la recepción del hospital. Si el propietario no dispone de su solicitud, el veterinario remitente puede enviarlo a nuestro mail: anaterve_remisiones@ivcevidencia.es

Dirección: Av. Venezuela, 126, Bajo, Fatima, 38500
Güímar, Santa Cruz de Tenerife

Teléfono: 922 513 762

E-mail: anaterve_remisiones@ivcevidencia.es

**ESCANEA EL QR
PARA ABRIR GOOGLE MAPS**

