

Informe de remisión de casos

Para remitir un paciente a otra clínica, a un hospital o a un especialista.

CLÍNICA QUE REMITE

Clínica		Veterinario que remite
N.º de colegiado	Teléfono	Correo electrónico

DESTINO

Clínica u hospital de destino		Especialista o servicio
Teléfono	Correo electrónico	

REMISIÓN

Fecha de remisión	Urgencia ☐ Programada ☐ Preferente ☐ Urgente
Qué se solicita ☐ Valoración y devolución del caso ☐ Prueba diagnóstica ☐ Cirugía ☐ Hospitalización ☐ Que asuma el caso	

PACIENTE Y PROPIETARIO

Paciente	Especie	Raza	
Sexo ☐ Macho ☐ Hembra	Castrado/esterilizado ☐ Sí ☐ No	Edad o fecha de nacimiento	Peso (kg)
Microchip	Propietario	Teléfono del propietario	

MOTIVO DE LA REMISIÓN

PREGUNTA CLÍNICA CONCRETA

Qué necesitas que valore o resuelva quien recibe el caso.

HISTORIA RESUMIDA

Inicio y evolución del problema, antecedentes relevantes y enfermedades previas.

INFORME DE REMISIÓN DE CASOS

Paciente	Clínica que remite	Fecha
----------	--------------------	-------

EXPLORACIÓN Y HALLAZGOS RELEVANTES

PRUEBAS REALIZADAS Y ADJUNTOS

Marca las pruebas hechas y las que adjuntas.

Hecha	Prueba	Fecha	Resultado relevante	Se adjunta
☐	Hemograma			☐
☐	Bioquímica			☐
☐	Urianálisis			☐
☐	Radiografía			☐
☐	Ecografía			☐
☐	Citología o biopsia			☐
☐	ECG o ecocardiografía			☐
☐	Otras:			☐

TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS Y RESPUESTA

Fármaco o tratamiento	Dosis y vía	Desde	Hasta	Respuesta

MEDICACIÓN ACTUAL

Fármaco	Dosis	Vía	Frecuencia	Última toma

Alergias o reacciones adversas conocidas

CONSENTIMIENTO DEL PROPIETARIO

Autorizo a la clínica que remite a comunicar mis datos de contacto y los datos clínicos de mi animal a la clínica o al especialista de destino indicados en este informe, para que puedan valorarlo y atenderlo.

Nombre y apellidos	DNI/NIE	Fecha	Firma
--------------------	---------	-------	-------

VETERINARIO QUE REMITE

Nombre	N.º de colegiado	Firma y sello
--------	------------------	---------------