



INDIAN HILLS ANIMAL CLINIC

8650 W. Central Ave - Wichita KS 67212 - Phone: 942-3900

FORMA DE ADMISION DEL PACIENTE - ANIMALES EXÓTICOS

PARA AYUDARNOS A REALIZAR UN TRABAJO EXHAUSTIVO AL EXAMINAR Y/O TRATAR A SU MASCOTA, POR FAVOR PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

Nombre del propietario: _____ Nombre del paciente: _____

Número(s) de teléfono: _____

A qué hora le gustaría recoger a su mascota? _____

Le gustaría recibir una llamada cuando su mascota esté listo(a)? ☐ Mensaje de texto ☐ Llamar

INFORMACIÓN GENERAL DE SALUD:

Dieta (Marca/Tipo): _____ Frecuencia: _____ Última comida: _____

Ambiente diario: ☐ Solo en interiores ☐ Solo en exteriores ☐ Interior y exterior ☐ tanque de vidrio
☐ Alambre ☐ Libre

Detalles del ambiente: Tipo de sustrato / CAMA: _____ Tipo de iluminación: _____

Fuente de calor: _____ Humedad en el TANQUE: _____

¿Tiene un plato de remojo? ☐ Sí ☐ No Última muda: _____

¿Tiene otras mascotas? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, enumérelas: _____

¿Su mascota pasa tiempo con otros animales? Sí ☐ No ☐

¿COMPARTE ESPACIO EN EL TANQUE con otras mascotas? ☐ Sí ☐ No

¿Su mascota está tomando algún medicamento o suplemento?

☐ Sí, por favor indique nombre, dosis y frecuencia ☐ No, mi mascota no toma ninguna medicina o vitamina

Medicación #1: _____

Dosis / Frecuencia: _____

Medicación #2: _____

Dosis / Frecuencia: _____

Medicación #3: _____

Dosis / Frecuencia: _____

Vitaminas / Suplementos: _____

¿Cuándo y a qué hora recibió su mascota la última dosis de su medicamento(s)? _____

¿Su mascota tiene alguna reacción alérgica a medicamentos?

☐ Sí, por favor explique: _____ ☐ No

APETITO Y HÁBITOS

Apetito:

☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Disminuido

Consumo de Agua

☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Disminuido

Defecación:

☐ Normal ☐ Anormal

Micción (orina):

☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Disminuido

Por favor explique si es necesario:

MÁS EN LA PARTE DE ATRÁS



EL PROBLEMA MEDICO DE HOY:

POR FAVOR MARQUE LOS SÍNTOMAS QUE HAYA NOTADA O LO QUE LE ESTÉ PREOCUPANDO

APARIENCIA FÍSICA:

- ☐ Letárgico(a), Deprimido(a) ☐ Perdiendo Peso ☐ Subiendo de peso

OJOS:

- ☐ Secreción Anormal ☐ Se Rasca Mucho ☐ Tumor o Hinchazón Anormal

OREJAS:

- ☐ Le Pica / Se Rasca ☐ Enrojecimiento / Inflamación ☐ Olor Anormal ☐ Secreción Anormal

PIEL:

- ☐ Le Pica / Se Rasca / Se Lame ☐ Pérdida De Pelo ☐ Arrastra El Trasero En El Piso ☐ Tumor o Hinchazón
☐ Enrojecimiento / Inflamación ☐ Herida ☐ Infección a la piel

GASTROINTESTINAL:

- ☐ Anorexia ☐ Vómito ☐ Diarrea ☐ Extreñimiento ☐ Sangre En La Heces

MÚSCULOESQUELETAL:

- ☐ Cojea / Debilidad ☐ Dolor

SISTEMA NERVIOSO:

- ☐ Comportamiento Anormal ☐ Epilepsia

UROGENITAL:

- ☐ Orina Seguido ☐ No Orina ☐ Sangre En La Orina ☐ Orina En Lugares Inadecuados

Explique cualquier preocupación que tenga

(por ejemplo, cojea de la pierna, tiene hinchazón en la frente, secreción verde del ojo izquierdo):

Cuándo le empezaron los síntomas (horas, días, semanas, meses): _____

Su mascota ha comido en las últimas 12 horas? ☐ Sí ☐ No

Tiene algún comentario adicional?

Además de la examinación física, puede que necesitemos harer otros exámenes o procedimientos para poder conseguir un diagnóstico preciso. Lo(a) contactaremos al número de teléfono que nos ha dado, si es que algún otro procedimiento es necesario. Su mascota será vista lo más pronto posible, dependiendo cuantos pacientes tengamos en el hospital. Nuestro objetivo es proveer el mejor cuidado médico posible.

Doy permiso a los doctores de Indian Hills Animal Clinic para examinar mi mascota y entiendo que you so responsable de pagar por los servicios ofrecidos cuando recoja a mi mascota.

DUEÑO(A) DE LA MASCOTA / REPRESENTANTE:

FECHA