

### Carta de Referência

#### Dados do Paciente

Proprietário \_\_\_\_\_ Telf.: casa \_\_\_\_\_; Emprego \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Espécie \_\_\_\_\_ Raça \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Côr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### História Clínica

História Vacinal: \_\_\_\_\_

História Clínica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problema actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicação recente/actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sempre que possível, telefonar a marcar consulta. Numa Urgência, ou quando, não houver marcação de consulta, o paciente será atendido o mais breve possível pelo Médico Veterinário de serviço. Para marcar e/ou cancelar uma consulta, por favor telefone para o nº 21-2765101.

Clínica Veterinária \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_

Veterinário \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Método preferido / hora para comunicação \_\_\_\_\_

Material enviado \_\_\_\_\_

(Por favor enviar em envelope fechado)