CENTRO DE DIAGNÓSTICO INTEGRAL Y DE INVESTIGACIÓN EN SALUD ANIMAL DEL ESTADO DE CHIHUAHUA, A.C.

KM. 8,5 CARRETERA A CD. CUAUHTEMOC S/N
COL. LAS ANIMAS, 31450
CHIHUAHUA, CHIH., MEXICO
TEL. (614) 434 1694, 434 44 93 y 434 4494
CORREO ELECTRONICO: recepcioncedisach@hotmail.com

FORMATO DE REGISTRO DE CASOS

FECHA		HORA		No. CASO	

DATOS DEL PROPIETARIO DEL ANIMAL		DATOS DE LA UPP, RANCHO O VETERINARIA	
NOMBRE:		NOMBRE:	
DIRECCIÓN:		DIRECCIÓN:	
ESTADO:	MUNICIPIO:	ESTADO:	MUNICIPIO:
E-MAIL:	TEL:	E-MAIL:	TEL:

MVZ. QUE REMITE O ATIENDE EL CASO:	CEL:

DATOS DEL ANIMAL O ANIMALES			
ESPECIE:	RAZA:	SEXO:	EDAD:
TOTAL DE ANIMALES:	ENFERMOS:	MUERTOS:	
FIN ZOOTECNISTA:		IDENTIFICACIÓN:	

CANTIDAD Y TIPO DE MUESTRAS:	
ESTUDIO SOLICITADO:	
FECHA Y HORA DE LA TOMA DE MUESTRA/ MUERTE	

HISTORIA CLÍNICA

DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD:

ENFERMEDADES PADECIDAS ANTERIORMENTE:

VACUNACIONES (APLICACIONES Y FECHAS):

DESPARASITACIONES (PRODUCTO Y FECHAS):

OBSERVACIONES GENERALES:

NOMBRE Y FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL SERVICIO

PERSONA QUE RECIBIO EL CASO:

NO REPRODUCIR EN FORMA PARCIAL O TOTAL SIN AUTORIZACION DEL ENCARGADO DEL SISTEMA DE GESTIÓN.