



HOSPITAL VETERINARI MOLINS

Poligon Ind. Molí dels Frares
08620 Sant Vicenç dels Horts (BCN)
Tel. 93.668.57.53 Fax.93.656.47.33
E-mail: remissions@hvmolins.com
hospital@hvmolins.com

SOL·LICITUT DE VISITA MÈDICA/ QUIRÚRGICA SOLICITUD DE VISITA MÉDICA/QUIRÚRGICA

VETERINARI DE REFERÈNCIA VETERINARIO DE REFERENCIA

Veterinari :
Veterinario

Clínica:
Clinica

Telèfon:
Teléfono

PACIENT/ PACIENTE

Nom: _____ Espècie: _____
Nombre *Especie*
Raça: _____ Sexe: _____ Edat: _____
Raza *Sexo* *Edad*

Propietari:
Propietario

Telèfon:
Teléfono

Motiu referència:
Motivo referencia

Història clínica /exploració física:
Historia clínica / exploración física

Tractament i medicacions:
Tratamientos y medicaciones

Anàlisi sanguínies:
Análisis sanguíneos

Imatges:
Imágenes

(cal adjuntar-ho amb l'informe)
(adjuntarlo al informe)

Comentaris:
Comentarios

Veterinari referent / *Veterinario referente*

SIUSPLAU REMETEU AQUEST FORMULARI, ANALITIQUES I IMATGES A:

Por favor, remitan este formulario, analíticas e imágenes a :

remissions@hvmolins.com neurologia@hvmolins.com cardiorespiratori@hvmolins.com
medicinainterna@hvmolins.com traumatologiaortopedia@hvmolins.com