

Asheville Highway Animal Hospital

4516 Asheville Highway
Knoxville, TN 37914
865-523-8434

- Fecha: _____
- Nombre del paciente: _____ Nombre del Cliente: _____ # de Cuenta: _____
- Número de Teléfono para hoy: _____ Por quién preguntamos? _____
- ¿Es usted el dueño? Si No
- Su Mascota está mayormente: Dentro de la casa o Afuera
- ¿Está su mascota en algún medicamento? Si or No. Si lo está, por favor liste medicamentos y razón por la cuál los toma:

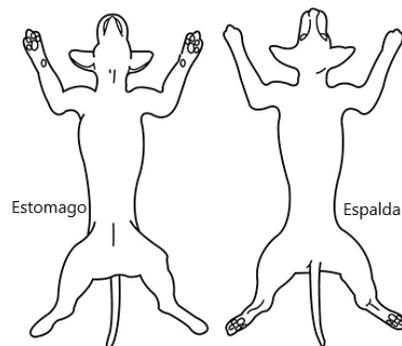
- Comida (por favor incluya tipo de comida, marca, y cantidad, incluyendo premios y comida de la mesa o humana):

- ¿Qué ha comido su mascota en las últimas 48 horas? _____

• **Por favor marque todos los síntomas que apliquen a su mascota:**

- **No Problemas** ** Se requiere información adicional---Por favor llene el formulario en la parte trasera de esta hoja.
- **Cambio en comportamiento**
- **Estreñimiento**
- **Tos**
- **Disminución de Apetito**
- **Disminución de consumo de agua**
- **Depresión**
- **Diarrea***
- **Problemas Respiratorios**
- **Secreciones**
- **Orina Frecuente**
- **Ahogándose**
- **Pérdida de pelo***
- **Aumento de Apetito**
- **Aumento de consumo de agua**
- **Letárgico (a)**
- **Cojeo**
- **Mal Olor**
- **Dolor**
- **Jadeo**
- **Salpullido***
- **Enrojecimiento***
- **Inquietud**
- **Arrastrando su trasero**
- **Rascándose***
- **Convulsiones**
- **Sacudiendo la cabeza**
- **Problemas orinando**
- **Vómitos**
- **Ojos aguados**
- **Debilidad**
- **Aumento de Peso**
- **Pérdida de Peso**
- **Presencia de gusanos**
- **Tumores**

Por favor describa en mayor detalle los síntomas marcados, incluyendo localización:



- ¿Cuánto tiempo lleva su mascota con los síntomas? _____
- ¿Hay alguna otra mascota enferma en su hogar? _____
- Si esta es una visita de seguimiento, ha mejorado su mascota, hay algunos síntomas nuevos? _____

Nuestro personal se comunicará con usted al número anterior con un estimado de los cargos.

Historial Dermatológico

1. ¿A qué edad notó usted el problema? _____
2. El problema persiste todo el año o empeora an algún tiempo del año específico?
 Todo el año Invierno Primavera Verano Otoño
3. ¿Cómo comenzó el problema?
 Rascándose Pérdida de pelo Salpullido Otro _____
4. Dónde Comenzó?
 Nariz Ojos Oídos Cuello Espalda Trasero
 Piernas Patas Pecho Estómago Ingle Cola
5. ¿Hay alguna otra mascota con problemas de piel en su hogar? Si No
Si marcó “si”, pro favor describa: _____
6. Su mascota pasa el tiempo: _____ % Adentro _____ % Afuera
7. ¿Ha habido algún cambio de dieta? Si No
Si marcó “si”, pro favor describa: _____
8. Tiene a su mascota en algún tratamiento anti pulgas? Si No
Si marcó “si”, pro favor describa: _____

Historial Gastrointestinal

1. ¿Está su mascota vomitando? Si No
Si marcó “si”, pro favor describa: _____
¿Cuán frecuentemente? _____
¿Cuándo comenzó el problema? _____
¿Cuándo fue la última vez que ocurrió? _____
2. ¿Tiene su mascota diarrea? Si No
Si marcó “si”, pro favor describa: _____
¿Cuán frecuentemente? _____
¿Cuándo ocurrió por primera vez? _____
¿Cuándo fue la última vez que ocurrió? _____
3. Por favor describa todo lo que ha comido su mascota en las últimas 24 horas (comida, premios, comida humana, etc.)

4. ¿Hay alguna otra mascota enferma en su hogar? Si No
Si marcó “si”, pro favor describa: _____
5. ¿Hay algo en lo que tu mascota podría haberse metido? Si No
Si marcó “si”, por favor explique: _____
6. ¿Usted monitorea a su mascota cuando está afuera? Si No