

Informe sobre el examen anual de su gato

Complete la siguiente información para ayudarnos a mantener actualizados nuestros registros.

Nombre _____ Fecha _____ Nombre del gato _____ Edad _____ Peso _____ lbs

Si su información de contacto se ha cambiado desde su última consulta, actualícela.

Calle, número, ciudad, estado, código postal

(_____) _____ (_____) _____ (_____) _____
Teléfono particular Teléfono laboral Teléfono celular Correo electrónico

¿Tiene seguro para su gato? Sí No En caso de respuesta afirmativa, mencione el nombre del asegurador _____

Complete la siguiente información sobre la salud de su gato.

1. ¿Utiliza algún tratamiento preventivo contra la dirofilaria? Sí No En caso de respuesta afirmativa, mencione el nombre _____ Última fecha en que lo utilizó _____
2. ¿Utiliza algún tratamiento preventivo contra pulgas/garrapatas? Sí No En caso de respuesta afirmativa, mencione el nombre _____ Última fecha en que lo utilizó _____
¿Ha descubierto pulgas o garrapatas en su gato? Sí No
3. ¿Tiene más gatos o perros? Sí No ¿Cuántos? Cantidad de gatos _____ Cantidad de perros _____
¿Sus gatos y perros están todos vacunados y bajo tratamiento preventivo contra la dirofilaria y las pulgas? Sí No
En caso de respuesta negativa, explique _____
¿Tiene otras mascotas? Sí No Si tiene otras, especifique (tipo de animal, cantidad, salud en general) _____
4. ¿Qué opción es la más adecuada para describir la cantidad de tiempo que su gato permanece afuera?
 Diariamente con supervisión 50:50 Adentro/afuera Mi gato permanece afuera Sólo adentro
5. Marque las opciones que correspondan a su gato:
 Estadía en residencia canina Estética Contacto con gatos del vecindario Viajes con usted
6. ¿Qué marca de alimento le da a su gato? _____ Mencione la cantidad y frecuencia _____
7. ¿Su gato recibe atención odontológica? Sí No En caso de respuesta afirmativa, explique _____
8. ¿Ha notado bultos o protuberancias en su gato? Sí No En caso de respuesta afirmativa, explique _____
9. ¿Ha notado problemas en la piel o el pelaje de su gato? Sí No En caso de respuesta afirmativa, explique _____
10. Marque los problemas que su gato haya presentado: Tos o dificultad para respirar Cojera Aumento de la sed
 Cansancio/aletargamiento Aumento de orina Diarrea Estreñimiento Vómitos Pelaje seco y sin brillo
 Aumento/pérdida de peso Otro _____
11. ¿Desearía cambiar algún comportamiento de su gato? Sí No
En caso de respuesta afirmativa, explique cuál _____
12. Mencione los problemas de salud que desearía consultar con su veterinario. _____

¡Gracias! Entregue el formulario en recepción.

Informe sobre el examen anual felino

GENERAL

Peso: Normal Delgado Pesado Peso ideal _____ lbs
Comportamiento: Normal Aletargado Nervioso

VACUNAS

ADMINISTRADAS HOY

Rabia HCP (Virus herpes, calicivirus y panleucopenia felinos) FeLV (Leucemia felina)
 FIP (Peritonitis infecciosa felina) Bord Clamidia Otro _____

DIAGNÓSTICO

Análisis de antígenos contra la dirofilaria Negativo Positivo
Análisis de leucemia/inmunodeficiencia felinas (FeLV/FIV) Negativo Positivo
Análisis de parásitos internos Negativo Positivo
 Otro _____

PELAJE Y PIEL

Apariencia normal Sin brillo, escamoso, seco Con escozor Apelmazado y duro
 Parásitos Otro _____

OJOS Y OREJAS

Apariencia normal Cera en exceso Secreción Infección Olor Ácaros
 Conjuntivitis Otro _____

NARIZ Y GARGANTA

Apariencia normal Estornudos Inflamación Secreción Hinchazón Tumor
 Otro _____

BOCA/DIENTES/ ENCÍAS

Apariencia normal Dientes rotos Sarro Gingivitis Cálculos Úlceras
 Enfermedad periodontal: Etapa ____ / 4 Otro _____

CORAZÓN Y PULMONES

Normal Soplo cardiaco Congestión Tos Dificultad para respirar
 Otro _____

PATAS Y GARRAS

Apariencia normal Problemas en las uñas Tumor
 Cojera: Delantera Derecha Izquierda Trasera Derecha Izquierda
 Otro _____

TRACTO GI/ABDOMEN

Apariencia normal Diarrea Vómitos Órgano dilatado Tumor
 Otro _____

NOTAS

LISTA DE CONTROL ANUAL

Tiene Necesita

Tratamiento preventivo contra la dirofilaria _____
 Tratamiento preventivo contra las pulgas _____
 Alimento _____
 Pastillas o multivitaminas para gato _____
 Atención dental _____
 Microchip/etiqueta de identificación _____
 Análisis de sangre _____
 Otro _____

PRÓXIMA CITA

_____ para _____