

SOLICITUD DE ESTUDIO DE TOMOGRAFIA

Favor de llenar el formato completo con letra de molde y legible.



Fecha _____ INTERNO EXTERNO RECIBO

Médico _____ Teléfono de médico _____

Nombre del paciente _____ Edad _____ Peso _____ Sexo _____ Raza _____

PERRO GATO OTRO: _____

Nombre del propietario _____

Tel: _____ Correo electrónico
para envío de resultados: _____

IMPORTANTE

En caso de requerir estudios o procedimiento adicional indicarlo (llegar una hora antes de su cita y anunciarse para laboratorio).

Si (costo extra) Pruebas pre anestésicas (Hemograma y química sanguínea)

Procedimiento adicional _____

Favor de anexar orden médica con historia clínica breve (diagnóstico presuntivo) y exámenes pre-anestésicos.

Tiempo de ayuno _____ hrs

Medicaciones: _____

Enfermedades previamente diagnosticadas _____

SELECCIONAR REGIÓN O REGIONES DE INTERES

CRANEO LUMBOSACRO CUELLO EXTREMIDAD IZQ/DER
 CERVICAL TORÁX LINFOGRAFIA SEGMENTO: _____
 TORACOLUMBAR ABDOMEN FASES DINAMICAS

Autorizo a Centro Veterinario México y a sus médicos a el procedimiento de sedación/anestesia a mi mascota con la finalidad de realizar tomografía computarizada.

Así mismo acepto que se me dio a conocer el riesgo que supone cualquier sedación o anestesia y tomo libremente la decisión de correr este riesgo deslindando de responsabilidad a Centro Veterinario México de cualquier complicación inherente a la condición de mi mascota.

Las imagenes del estudio y la interpretación se envían a partir de 72 horas hábiles después por correo electrónico, en caso de requerir el estudio de forma física (cd) el costo es de \$100 adicionales.

Firma _____