

**INFORME SOLICITUD DE SERVICIO
FACULTAD DE VETERINARIA
SERVICIO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
CASOS DE**

PAGADO HCV SI ☐ NO ☐

**FECHA ENTRADA
CASO CLÍNICO:**

Especie:

Raza:

PROPIETARIO:

VETERINARIO:

Dirección:

Teléfono:

DATOS CLÍNICOS:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MUESTRAS REMITIDAS:

.....
.....
.....
.....

ANTIBIOGRAMA: SI ☐ NO ☐

Antibióticos requeridos por el clínico

.....
.....
.....

OBSERVACIONES

.....
.....