

## FORMATO SOLICITUD DE TAC

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Nombre de la clinica remittente: \_\_\_\_\_

Nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

Nombre del propietario: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

### Datos de mascota

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Sexo: Macho  Hembra

Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Diagnóstico presuntivo y/o enfermedad que se busca: \_\_\_\_\_

ALL FOR PETS

### Segmento(s) deseado (s)\*

Cráneo  Cuello  Columna  Tórax  Abdomen  Extremidad(es)

\*Dos segmentos al costo de 1 y medio; Tres o más segmentos al costo de dos

### En caso de columna o extremidades especificar área :

Columna\*  
Cervical  C-T  T-L  L-S  | Miembros  
MTD  MTI  MPD  MPI

\* Un estudio de columna incluye 2 segmentos vertebrales.

### Del segmento deseado, interés en:

Tejido blando  Tejido óseo

El procedimiento conlleva los riesgos inherentes de anestesia inhalada y administración de medio de contraste vía endovenosa. Entiendo y conozco los riesgos y autorizo el procedimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del propietario y/o médico referente.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico encargado de la TAC.