

Ambulatorio  Hospitalario

Ciudad:  Broker / Asesor:  Fecha:

## INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Titular:  Cédula:   
Dirección:  Teléfono:   
Mascota:  Edad:  Correo:   
Raza:

## DATOS DEL VETERINARIO

Nombre del veterinario:  Especialidad:  Teléfono:

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

Inicio de enfermedad: \_\_\_\_\_

Tratamiento y/o procedimientos recibidos: \_\_\_\_\_

Si se practicaron exámenes describalos: \_\_\_\_\_

La enfermedad actual es causa de: Accidente:  Congénita:

Otros: \_\_\_\_\_

Diagnóstico definitivo: \_\_\_\_\_

Procedimiento a realizar: \_\_\_\_\_

Firma y sello:

Código de registro de Access:

## RECEPCIÓN DE FACTURAS

Fecha	Nº. Factura	Emisor	Valor