



Hospital Clínico Veterinario  
Anatomía Patológica, Departamento de Morfología  
Facultad de Veterinaria  
Trasmontaña S/N, 35413 Arucas (Las Palmas)  
Tel.: 928-454300 / 4328 · Fax: 928-451141  
www.fv.ulpgc.es

Centro:

Nombre del Veterinario:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

E-mail:

## SOLICITUD DE AUTOPSIA

A llenar en recepción:

Número de Registro:

\* Nº de Chip:

Fecha de Recepción:

\* Es obligatorio registrar el nº chip u otro método de identificación

Número de Historial HCV:

Ref. Animal:

Especie: Raza:

Sexo: M  H  Castrado  Edad:

Eutanasia: Si  No

Fecha de Fallecimiento:

### Histórica Clínica (Tratamientos, vacunaciones, datos de la granja, etc.)

(Usar el reverso si es necesario)

Diagnóstico Presuntivo:

a. ¿Desea informe por escrito? Si  No

b. ¿Desea que el servicio de necropsias tome muestras para análisis complementarios?  
Si  No

(Estas muestras serán mantenidas durante 15 días, siendo responsabilidad de la clínica remitente su reenvío a otros laboratorios)

c. ¿Conservar el cadáver? Si  No

(Los cadáveres se mantendrán durante un máximo de 5 días)

Nº de colegiado:

Firma del veterinario: