



Hospital Clínico Veterinario  
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria



## Documento de Remisión de Casos

### Datos del Veterinario

Nombre:	Número de colegiado:
Teléfono:	Email:

### Datos del Propietario

Nombre:	
Teléfono:	Email:

### Datos del Paciente

Nombre:	Especie:	Raza:
Sexo: M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Castrado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:

Facturar a: Cliente  Veterinario  Remitir informe: Teléfono  Email

### Historial

### Pruebas Solicitadas

Sello y Firma del Veterinario Remitente: \_\_\_\_\_

Fecha:

*El propietario debe presentar esta solicitud en la recepción del hospital. Si el propietario no dispone de su solicitud, el veterinario remitente puede enviarla a [hospitalveterinario@fpct.ulpgc.es](mailto:hospitalveterinario@fpct.ulpgc.es) al fax 928454351.*

Hospital Clínico Veterinario

Trasmontaña s/n (Campus de Arucas) • 35413 Arucas, Las Palmas • Teléfono 24 horas: 928 454 300  
[hospitalveterinario@fpct.ulpgc.es](mailto:hospitalveterinario@fpct.ulpgc.es) • [www.ulpgc.es/hcv](http://www.ulpgc.es/hcv)