****

**No. de caso: AB- \_\_\_\_\_ /2018 Fecha de recibido: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018**

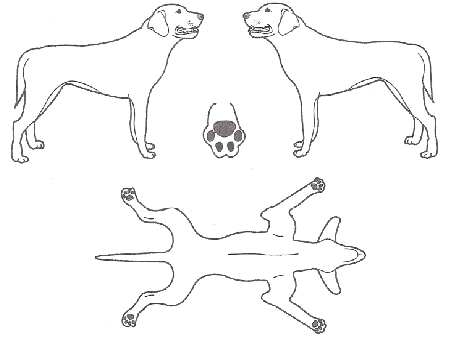
**-*Biopsia: Incisional* ( ) Excisional ( )**

***-Citología*: Por Aspiración ( ) Impronta ( ) Hisopado ( ) Raspado ( ) Necropsia completa ( ) Necropsia Parcial ( )**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Especie:** | **Raza:** | **Sexo:** | **Castrado(a):** |
| **Edad:** | **Nombre:** | **Peso:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Remitente:** | **Tel/Fax:** | **E-mail:** |
| **Propietario:** | **Teléfono:** | **E-mail:** |

**Historia clínica detallada( importante indicar exactamente la sede anatómica de donde se tomo la biopsia(s), la cual la puede señalar en el diagrama adjunto.**



**Escribir el o los diagnóstico(s) clínico(s) presuntivo(s):**

**-**

**-**