

Av. Ruiz Huidobro 4090 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - [info@veterinariasanjuan.com.ar](mailto:info@veterinariasanjuan.com.ar) - 4544-7938

Este formulario facilita el diagnóstico precoz y evaluación de salud de su mascota.

Marque con una X; abajo puede escribir sus propias observaciones diferentes del comportamiento habitual .

<b>Mascota:</b>	<input type="text"/>	<b>Año:</b>	<input type="text"/>
-----------------	----------------------	-------------	----------------------

	Si	No	No sé
No se comporta normalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menor interacción con la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de respuesta disminuída	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio en el comportamiento / Nivel de actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para subir las escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para saltar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de la rigidez o renguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de la sed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de la micción (orina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para defecar u orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goteo de orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos en el apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios visibles en el peso (pérdida o aumento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confusión o desorientación, aullidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios en el pelaje, piel o nuevos bultos o golpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal aliento, encías rojas o inflamadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sacudidas de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Observaciones propias</b>	<input type="text"/>
------------------------------	----------------------