|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| Fecha: | Hr. Recibido: |  |  |
| Propietario: |  | Dirección: |  |
| Raza: | Sexo: | Edad: | Nombre: |
| Ecografía: |  | Radiología |  |

|  |
| --- |
| Anamnesis |

|  |
| --- |
| Descripción imagen |

|  |
| --- |
| Comentarios |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Profesional Laboratorista