



Clinica Triviño

Centro integral felino

Unión Literaria 1874, Ñuñoa



Epicrisis

Paciente:

Especie:

Raza:

Edad:

Sexo:

Peso:

Tutor:

Fecha de ingreso:

Fecha de egreso:

Motivo:

Pronostico:

Resumen:

Tratamiento intrahospitalario:

Evolución:

Medico referidor _____ **Telefono:** _____

Correo: _____ **Firma** _____ -

Yo, _____, tutor de _____, autorizo la derivación de mi gatito a la Clínica Triviño Centro Integral Felino, entendiendo que el médico referidor seguirá siendo su médico tratante una vez finalice su estadía en el hospital Triviño. Firma _____

Solo será aceptado el paciente como referido siempre que el tutor traiga esta epicrisis al momento del ingreso. En caso contrario deberá pasar por una consulta de urgencia y cancelar los aranceles correspondientes.