



Universidad de León

ANEXO II
Facultad de Veterinaria
Departamento de Medicina, Cirujía y
Anatomía Veterinaria
Área de cirugía y diagnóstico por imagen



Formulario radiológico de Displasia de Cadera

1	Datos del animal
Especie y Raza	
Sexo	
Nombre completo	
LOE	
Microchip	
Fecha de nacimiento	
2	Datos del propietario
Nombre y apellidos	
DNI / Nº Socio	/
Dirección	
Población	
Teléfono 1 / Teléfono 2	/
Correo electrónico	
3	Datos del centro (Rellenar en caso de que la radiografía sea remitida)
Centro/Clínica Veterinaria	
Nombre del Veterinario	
Nº Colegiado	
Fecha de realización	
Teléfono de contacto	
FIRMA Y SELLO DEL VETERINARIO	
El Veterinario que suscribe certifica que ha comprobado personalmente el nº de microchip del ejemplar radiografiado, y coincide con el del presente formulario	
4	Datos de la radiografía (A rellenar por la facultad)
Número de ficha radiológica	
Fecha de recepción	
Valores utilizados	
Resultado cadera derecha	
Resultado cadera izquierda	
INFORME DIAGNÓSTICO	

FIRMA DEL PROPIETARIO