



Evaluación del estado de su perro

Responder a estas preguntas ayudará a su veterinario a preparar un plan de salud anual personalizado para su perro.

Fecha: _____

Su nombre: _____

Nombre del perro: _____

Raza: _____

Peso: _____

Alimentación actual: _____

Edad: _____ Edad en años "humanos": _____

((Los perros envejecen mucho más rápidamente que las personas, y los perros grandes envejecen antes que los pequeños. Pida al personal de la clínica que le ayude a determinar cuál es la edad de su animal en años humanos).))

Número total de animales en el domicilio:

Perros _____ Gatos _____

Otros; indique cuáles por favor: _____

A) PREGUNTAS GENERALES/SOBRE EL ESTILO DE VIDA

(para todos los propietarios)

1. ¿Su perro sale de casa? S ☐ N ☐

2. ¿Cuántas veces sale a pasear su perro?

3. ¿Ha observado alguna vez pulgas o garrapatas en su perro? S ☐ N ☐

4. ¿Trata a su perro contra pulgas y/o garrapatas? S ☐ N ☐
En caso afirmativo, indique qué productos utiliza:

5. ¿Trata a su perro contra lombrices internas [incluyendo dirofilariosis]? S ☐ N ☐
En caso afirmativo, indique qué productos utiliza:

6. ¿Viaja con su perro? En caso afirmativo, ¿viaja al extranjero? S ☐ N ☐

7. ¿Deja a su perro alguna vez en una residencia? S ☐ N ☐

8. ¿Tiene contacto su perro con los animales de otras personas? S ☐ N ☐

9. ¿Hay vida silvestre en su zona como pudiera ser, por ejemplo, zorros u ovejas? S ☐ N ☐

10. ¿Su perro ladra excesivamente? S ☐ N ☐

11. ¿Ha contratado algún seguro para su animal? S ☐ N ☐

Rellene el apartado correspondiente a la edad de su perro

B) PREGUNTAS PARA CACHORROS

1. ¿Su cachorro sufre diarrea? S ☐ N ☐

2. ¿Cepilla los dientes de su cachorro? S ☐ N ☐

3. En caso afirmativo, indique cómo lo hace:

4. ¿Tiene intención de cruzar a su cachorro en el futuro? S ☐ N ☐

5. ¿Conoce todos los beneficios de la esterilización/castración? S ☐ N ☐
¿Desea obtener más información? S ☐ N ☐

C) PREGUNTAS PARA ADULTOS

1. ¿Han pasado más de 12 meses desde el último examen veterinario de su perro? S ☐ N ☐

2. ¿Su perro tiene dificultades para subir o bajar escaleras? S ☐ N ☐

3. ¿Su perro se cansa fácilmente? S ☐ N ☐

4. ¿Su perro tiene mal aliento? S ☐ N ☐

5. ¿Su perro experimenta dificultades para comer (come menos o muestra signos de dolor al comer)? S ☐ N ☐

6. ¿Su perro tose? S ☐ N ☐

7. ¿Su perro vomita? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? S ☐ N ☐

D) PREGUNTAS PARA PERROS DE EDAD AVANZADA

1. ¿Han pasado más de 12 meses desde el último examen veterinario de su perro? S ☐ N ☐

2. ¿Su perro tiene dificultades para subir o bajar escaleras? S ☐ N ☐

3. ¿Su perro se cansa fácilmente? S ☐ N ☐

4. ¿Su perro bebe más agua de lo normal? S ☐ N ☐

5. ¿Su perro muestra algún indicio de confusión o desorientación [parece perdido en la casa o no reconoce a los miembros de su familia]? S ☐ N ☐

6. ¿Su perro interactúa menos con su familia? S ☐ N ☐

7. ¿Muestra su perro algún cambio en sus pautas de sueño (duerme más durante el día y menos durante la noche)? S ☐ N ☐

8. ¿Su perro orina o defeca en casa? S ☐ N ☐

9. ¿Ha notado algún cambio en el pelaje, o la aparición de bultos? S ☐ N ☐

10. ¿Su perro parece tener dificultad para ver u oír? S ☐ N ☐

Muchas gracias por rellenar nuestro formulario de evaluación del estado de su animal.

Entregue el formulario completado a su veterinario, que evaluará el estado del animal y le recomendará un plan de salud anual personalizado.



Evaluación del estado de su gato

Responder a estas preguntas ayudará a su veterinario a preparar un plan de salud anual personalizado para su gato.

Fecha: _____

Su nombre: _____

Nombre del gato: _____

Raza: _____

Peso: _____

Alimentación actual: _____

Edad: _____ Edad en años "humanos": _____

(Los gatos envejecen mucho más rápidamente que las personas. Pida al personal de la clínica que le ayude a determinar cuál es la edad de su animal en años humanos)

Número total de animales en el domicilio:

Perros _____ Gatos _____

Otros; indique cuáles por favor: _____

A) PREGUNTAS GENERALES/SOBRE EL ESTILO DE VIDA

(para todos los propietarios)

1. ¿Su gato sale fuera de casa sin vigilancia? S ☐ N ☐

2. ¿Ha observado alguna vez pulgas o garrapatas en su gato? S ☐ N ☐

3. ¿Trata a su gato contra pulgas y/o garrapatas? S ☐ N ☐
En caso afirmativo, indique qué productos utiliza: _____

4. ¿Trata a su gato contra lombrices internas (incluyendo dirofilariosis)? S ☐ N ☐
En caso afirmativo, indique qué productos utiliza: _____

5. ¿Viaja con su gato? S ☐ N ☐
En caso afirmativo, ¿viaja al extranjero? S ☐ N ☐

6. ¿Deja a su gato alguna vez en una residencia? S ☐ N ☐

7. ¿Su gato ha tenido contacto con los animales de otras personas? S ☐ N ☐

8. ¿Hay vida silvestre en su zona como pudiera ser, por ejemplo, zorros u ovejas? S ☐ N ☐

9. ¿Ha contratado algún seguro para su animal? S ☐ N ☐

Rellene el apartado correspondiente a la edad de su gato

B) PREGUNTAS PARA GATITOS

1. ¿Su gatito sufre diarrea? S ☐ N ☐

2. ¿Cepilla los dientes de su gatito? S ☐ N ☐

3. En caso afirmativo, indique cómo lo hace: _____

4. ¿Tiene intención de cruzar a su gato en el futuro? S ☐ N ☐

5. ¿Conoce todos los beneficios de la esterilización/castración? S ☐ N ☐
¿Desea obtener más información? S ☐ N ☐

C) PREGUNTAS PARA ADULTOS

1. ¿Han pasado más de 12 meses desde el último examen veterinario de su gato? S ☐ N ☐

2. ¿Su gato tiene dificultades para trepar, subir escaleras o saltar sobre los muebles? S ☐ N ☐

3. ¿Su gato muestra signos de dolor (esconderse, permanecer muy callado o vocalizar)? S ☐ N ☐

4. ¿Su gato tiene mal aliento? S ☐ N ☐

5. ¿Su gato experimenta dificultades para comer (come menos o muestra signos de dolor al comer)? S ☐ N ☐

6. ¿Su gato tose? S ☐ N ☐

7. ¿Su gato vomita? S ☐ N ☐
En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____

D) PREGUNTAS PARA GATOS DE EDAD AVANZADA

1. ¿Han pasado más de 12 meses desde el último examen veterinario de su gato? S ☐ N ☐

2. ¿Su gato tiene dificultades para trepar, subir escaleras o saltar sobre los muebles? S ☐ N ☐

3. ¿Su gato muestra signos de dolor (esconderse, permanecer muy callado o vocalizar)? S ☐ N ☐

4. ¿Su gato bebe más agua de lo normal? S ☐ N ☐

5. ¿Su gato muestra algún indicio de confusión o desorientación? S ☐ N ☐

6. ¿Su gato interactúa menos con su familia? S ☐ N ☐

7. ¿Muestra su gato algún cambio en sus pautas de sueño (duerme más durante el día y menos durante la noche)? S ☐ N ☐

8. ¿Su gato orina o defeca fuera de la bandeja higiénica? S ☐ N ☐

9. ¿Ha notado algún cambio en el pelaje, o la aparición de bultos? S ☐ N ☐

10. ¿Su gato parece tener dificultad para ver u oír? S ☐ N ☐

Muchas gracias por rellenar nuestro formulario de evaluación del estado de su animal.

Entregue el formulario completado a su veterinario, que evaluará el estado del animal y le recomendará un plan de salud anual personalizado.