



**RESONANCIA  
MAGNÉTICA  
VETERINARIA**

**C/ Barcelona s/n  
C.C. Lepanto, Local 11  
MAIRENA DEL ALJARAFE  
Sevilla**

**info@resonanciamagneticaveterinaria.com**

[www.resonanciamagneticaveterinaria.com](http://www.resonanciamagneticaveterinaria.com)

## PETICIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA

Completar y enviar al correo electrónico [info@resonanciamagneticaveterinaria.com](mailto:info@resonanciamagneticaveterinaria.com)

**Centro Veterinario:**

**Veterinario/a:**

**Teléfono:**

**Email:**

**Nombre:**

**Teléfono:**

**Dirección:**

**Localidad:**

**Provincia:**

**C.P.:**

**Mascota:**

**Nombre:**

**Sexo:**

**Edad:**

**Peso:**

**Especie:**

**Raza:**

**Motivo de la Exploración:**

**Sospecha Clínica:**

**Región a estudiar:**

### NEUROLOGÍA

Encefalo  Cervical (C1-C5)  Cervical (C6-T2)  Toraco-lumbar (T3-L3)  Lumbar (L4-S1)  Plexo Braquial

### ORTOPEDIA

Rodilla  Hombro

ABDOMEN  TORAX  OTROS

**Comentarios:**

**Enfermedades contagiosas:**

**Antecedentes patológicos:**

**Antecedentes quirúrgicos:**

**Complicaciones anestésicas previas:**

**Reacciones alérgicas a medicamentos:**

**Implantes quirúrgicos:**

**POR FAVOR, ADJUNTAR ANALÍTICA PREANESTÉSICA (realizada en las últimas 2 semanas),  
RADIOGRAFÍA TORÁCICA Y PRUEBAS RADIOLÓGICAS (en caso de disponer de ellas)**