

Encuesta sobre Calidad de Vida

Fecha: / /

Vos y tu familia conocen a su mascota mejor que nadie. Es por ello que los comentarios u observaciones que puedan aportar son fundamentales para evaluar el bienestar de su perro o gato. Por favor, **previo a la consulta**, completen la siguiente encuesta y entréguelenla al Médico Veterinario. Esto contribuirá a evaluar la calidad de vida de su mascota.

Nombre del responsable:

Nombre de la mascota: _____ Sexo: _____ Edad: _____
 Especie (tachar lo que no corresponda): PERRO - GATO Raza definida: _____ o Mestizo

► TILDAR CADA CAMBIO OBSERVADO EN LA MASCOTA Y LUEGO INDICAR (CON UNA CRUZ) SU INTENSIDAD, SEGÚN CORRESPONDA.

ÁREA O SISTEMA A EVALUAR	Cambios leves	Cambios moderados	Cambios notorios	¿CUÁNDO COMENZÓ?
Aspecto del manto (piel y pelo)	↓	↓	↓	
Alterado (opaco, mal olor, se rasca, le falta pelo, etc.) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presenta "bultos" <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cognitivo / Interacción con la familia				
Se desorienta / ladra / maulla / vocaliza sin sentido <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Deambula en exceso <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No responde a las órdenes, parece que no escucha <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Está intolerante / agresiva <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sueño alterado (duerme más / menos de lo habitual / a cualquier hora) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se higieniza / acicala menos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aparato Locomotor				
Le cuesta levantarse, caminar, subir las escaleras <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parece rígida / dolorida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boca				
Mal aliento <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ojos				
Lagañas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opacidad / parece que no ve bien <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Digestivo				
Apetito: Aumentado <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Peso: Aumentado <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consumo de Agua: Aumentado <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diarrea <input type="checkbox"/> Colitis (materia fecal con moco / sangre) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Constipación o dificultad para defecar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardio - Respiratorio				
Tos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se cansa con facilidad <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respira con dificultad <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Renal y Urinario				
Orina muchas veces al día, todo el tiempo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orina con sangre / olor muy fuerte / dolor / dificultad <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orina en lugares no habituales <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aparato Reprodutor y Glándula Mamaria				
Hembra - Celos irregulares <input type="checkbox"/> "bultos" en mamas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Macho - "bultos" o lesiones en: testículo/s <input type="checkbox"/> pene <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Existen otros aspectos que te preocupen sobre tu mascota? Por favor, describilos:

¿Cómo está compuesta la familia humana y no humana de tu mascota? Vive con:

Bebés / Niños Personas mayores Otras Mascotas

¿Tu mascota recibe medicación de uso crónico? SI - NO ¿Cuáles?

¿Quién administra los medicamentos?