





# PACIENTES EXTERNOS

## Orden médica para determinaciones hormonales



Fecha:

Nombre del paciente:

Apellido del tutor:

Especie:

Raza:

Edad:

Sexo:

Veterinaria:

Teléfono:

E-mail:

Médico/a solicitante:

**Motivo de solicitud de estudios y/o breve reseña  
clínica**

---

---

**Marque con una cruz el estudio que desea solicitar**

Cortisol basal		Ratio cortisol/creatinina	
Estradiol		T4 libre	
IGF-1		T4 total	
Insulina		Testosterona	
Progesterona		TSH	

**Otros:** \_\_\_\_\_

---

\_\_\_\_\_  
Firma y sello

Laboratorio de Análisis Clínicos y Laboratorio de  
Endocrinología y Metabolismo Animal

Tel: 1903 interno 2111

e-mail: fvetlac@gmail.com