CERTIFICADO DE INSPECCIÓN CLÍNICA Y VACUNACIÓN

Fecha:…...../...../20……

Por medio del presente certificado se hace constar que en la fecha se ha examinado a:

Nombre..... Especie……..……..... Raza……Fecha de Nacimiento……..…….

Pelaje.....……..... Talla..... Sexo.....

Microchip o tatuaje N° ..... Fecha y Zona de implantación del microchip:……

Signos particulares.....

De propiedad de …….……..…….....

Domiciliado en..... Teléfono.....

Para viajar a..... Por vía.....Tránsito por…….....

VACUNAS RECIBIDAS

RABIA

Fecha de última vacunación (día/mes/año):

Fecha de Vacunación Vigente: ..... Nombre comercial.....
Laboratorio.....

Serie..... Registro SENACSA N°:……..……

Fecha de validez:

OTRAS

Fecha..... Nombre comercial..... Laboratorio.....

Serie..... Registro SENACSA N°:……..……..…

ANTIPARASITARIO

INTERNO:

Fecha..... Nombre comercial..... Laboratorio.....
Serie..... Registro SENACSA N°:……..…..……
Principio Activo:…….
Dosis:…….

EXTERNO:

Fecha..... Nombre comercial..... Laboratorio.....
Serie..... Registro SENACSA N°:……..…..……
Principio Activo:…….
Dosis:…….

ESTERILIZADO: ( ) SI ( ) NO

OBSERVACIONES:……

Del exámen practicado al animal, se deduce que está sano, no presenta signos de enfermedades infecto - contagiosas.

Nombre Veterinario.....……..... Firma…….....

Domicilio …….....……Reg. Prof. N°.....

<u>OBS.</u> La inspección debe realizarse dentro de los 10 (diez) días previos a la fecha de emisión del CVI.
Adjuntar a este documento copia del registro profesional actualizado.