

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.....

DomicilioReg. Prof. N°.....

OBS. 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.