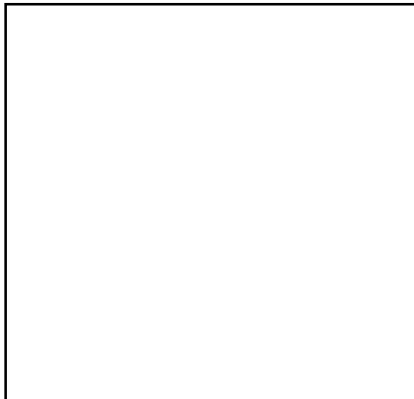


CERTIFICADO DE SALUD ANIMAL N° _____

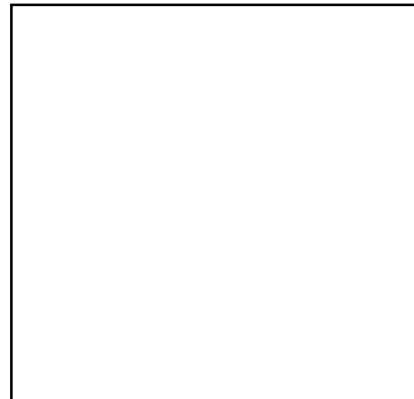
1. DATOS DEL ANIMAL.

Fotografías:

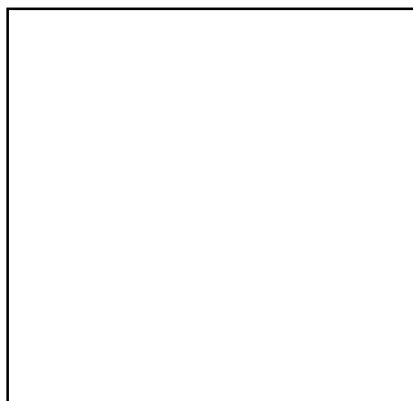
LATERAL IZQUIERDA



LATERAL DERECHA



VISTA FRONTAL



Nombre: _____; Especie: _____; Raza: _____;
_____; Sexo: _____; Color: _____; Edad (meses): _____;
_____; Peso: _____;
N° chip: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____;
Fecha de aplicación: ____/____/____; Esterilizado: NO ____; SI ____
Fecha: ____/____/____

2. DATOS DEL PROPIETARIO O PERSONA QUE VIAJA CON EL ANIMAL.

Nombres y Apellidos: _____

Dirección del domicilio en Ecuador:

Documento de Identidad: _____

Provincia: _____; Cantón: _____;

Parroquia: _____; Teléfono: _____;

Correo electrónico: _____

3. DATOS DEL DESTINO.

Nombres y apellidos del destinatario: _____

País de destino: _____

Dirección: _____

Fecha de viaje: _____ Punto Fronterizo de salida: _____

4. INSPECCIÓN CLÍNICA.

a) Temperatura. -

b) Frecuencia cardíaca. -

c) Frecuencia respiratoria. -

d) Verificación de la edad. -

e) Gusano barrenador.-

f) Parásitos externos. -

5. VACUNACIONES

Enfermedad: Rabia¹

Nombre de la vacuna: _____; Fecha de vacunación: _____;

Fecha de revacunación: _____; Fecha de expiración del producto:

_____; Lote: _____; N° Registro: _____;

Laboratorio: _____;

Enfermedad:

Nombre de la vacuna: _____; Fecha de vacunación: _____;

Fecha de revacunación: _____; Fecha de expiración del producto:

_____; Lote: _____; N° Registro: _____;

Laboratorio: _____;

Enfermedad:

Nombre de la vacuna: _____; Fecha de vacunación: _____;

Fecha de revacunación: _____; Fecha de expiración del producto:

_____; Lote: _____; N° Registro: _____;

Laboratorio: _____;

6. TITULACIÓN DE ANTICUERPOS²:

Fecha de toma de la muestra: _____; Fecha del resultado: _____

Resultado (al menos 0,5 UI/ml): _____

CZE: envío de la muestra: _____

7. DESPARASITACIONES:

a) Tipo: Interna

Fecha de aplicación: _____; Hora: _____; Nombre comercial:

_____; Fabricante del producto: _____

Principio activo: _____

Dosis: _____;

b) Tipo: Externa

Fecha de aplicación: _____; Hora: _____; Nombre comercial:

_____; Fabricante del producto: _____

Principio activo: _____

Dosis: _____;

8. OBSERVACIONES:

Fecha de examen clínico: ____/____/____

Firma de Responsabilidad

Nombre del Médico Veterinario _____

N° Registro en el SENESCYT _____

CI/CC: _____

¹**Rabia.** - la vacuna vigente tiene que haber sido aplicada posterior a la identificación con el microchip.

²**Titulación de anticuerpos.** - Es necesario realizar esta prueba solo si el país destino solicita.

Nota: Este documento no reemplaza el Certificado Zoosanitario de Exportación emitido por la Agencia de Regulación y Control Fito y Zoosanitario.