



**CERTIFICADO PARA PRUEBA DETECCIÓN DE LA RESPUESTA
INMUNITARIA NEGATIVA A LEISHMANIASIS**

Nombre y Apellido del propietario:

Tipo y N° de Documento de Identidad o Pasaporte:

Dirección:.....

Datos del animal:

Nombre:.....

CANINO

MACHO / HEMBRA

ENTERO / CASTRADO

(Tachar lo que no corresponda)

Edad (Años y meses): Fecha de nacimiento:...../...../.....

Peso:.....

Raza:..... Pelaje:.....

N° de Microchip (si corresponde):.....

DATOS DE LA MUESTRA

Fecha de toma de muestra/...../.....

Método diagnóstico empleado.....

Laboratorio diagnóstico.....

RESULTADO

Fecha de Resultado/...../.....

Por medio de la presente se certifica que el análisis de Leishmaniasis arrojó resultado NEGATIVO

LUGAR Y FECHA

Firma y Sello del Profesional Actuante