



**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