



CERTIFICADO DE TRATAMIENTO ANTIPARASITARIO

Nombre y Apellido del propietario:
Tipo y N° de Documento de Identidad o Pasaporte:
Dirección:

Datos del animal:

Nombre:

CANINO / FELINO	MACHO / HEMBRA	ENTERO / CASTRADO
-----------------	----------------	-------------------

(Tachar lo que no corresponda)

Edad (Años y meses): Fecha de nacimiento:...../...../.....
Peso:.....
Raza:..... Pelaje:.....
N° de Microchip (si corresponde):.....

ANTIPARASITARIO INTERNO:

Fecha y Hora.....
Nombre comercial y laboratorio elaborador:.....
Composición (Drogas):
Dosis administrada Vía de administración:.....

ANTIPARASITARIO EXTERNO:

Fecha y Hora.....
Nombre comercial y laboratorio elaborador:.....
Composición (Drogas):
Dosis administrada Vía de administración:.....

Observaciones:

LUGAR Y FECHA

Firma y Sello del Profesional Actuante