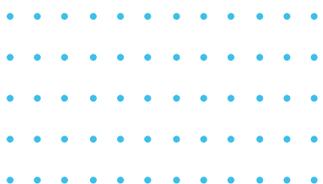




Cuidado humanizado en **Clínica Monte Grande**

Proyecto **Patitas que Sanan**, más sonrisas en tu recuperación.

Apto físico
para ingreso
de mascotas



Responsable del traslado

Nombre y apellido: _____

Tipo y N° de documento de identidad: _____

Dirección: _____

Datos del animal

Nombre: _____ Canino: **SI** **NO** **Sexo: macho** **hembra**

Edad: _____ Raza: _____ Pelaje: _____

Antiparasitario interno

Fecha: _____

Nombre comercial y laboratorio elaborador: _____

Composición (drogas): _____

Dosis administrada: _____ Vía de administración: _____

Antiparasitario externo

Fecha: _____

Nombre comercial y laboratorio elaborador: _____

Composición (drogas): _____

Dosis administrada: _____ Vía de administración: _____

Vacunas

Séxtuple: **SI** **NO**

Quíntuple: **SI** **NO**

Antirrábica: **SI** **NO**

Antecedentes de agresividad

El canino mostró signos de agresividad: **SÍ** **NO**

→ Declaro que el canino _____ **se encuentra** **no se encuentra**
en óptimas condiciones para su ingreso a Clínica Privada Monte Grande S.A.

Lugar y Fecha: _____ Firma y sello del profesional: _____