

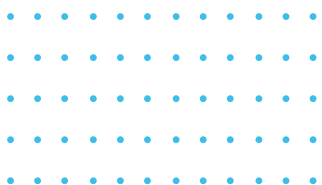


# Cuidado humanizado en **Clínica Monte Grande**

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: \_\_\_\_\_