

ANEXO X

FICHA IDENTIFICATIVA Y DE ACTUACIONES CLÍNICAS

A rellenar por el/la voluntario/a autorizado/a del proyecto CER

Fecha de captura	Colonia N°
Nombre del cuidador/a:	
DNI	N.º de Identificación Carnet
Firma	

A rellenar por el/la veterinario/a responsable del centro adjudicatario

Fecha de ingreso:	Nombre de la clínica:
--------------------------	------------------------------

CARACTERÍSTICAS DEL ANIMAL

Sexo:	Edad:	Nombre:
Exploración Clínica:		
APTO	NO APTO	MOTIVO DE EUTANASIA
Marcaje en pabellón auricular: IZQUIERDO (Macho)		DERECHO (Hembra)
N.º de microchip		
Esterilización: Orquidectomía	Ovariohisterectomía	Ovariectomía
Observaciones o incidencias		
Nombre del veterinario:		Ficha y sello del veterinario:

A rellenar por el la voluntario/a autorizado/a del proyecto CER

Fecha de salida:	Colonia n°			
Nombre del cuidador/a (en caso de que sea diferente del que entrega):				
DNI	N.º de Identificación carnet:			
Firma:				
Destino del animal	Colonia	Adopción	Propietario	Eutanasia