



FICHA ACTUACIONES CLINICAS

CLÍNICA: _____
FECHA DE INGRESO: _____
FECHA DE SALIDA: _____

CARACTERÍSTICAS DEL ANIMAL	Sexo: _____	Edad/Fecha nac.: _____	Nº Microchip: _____
	Observaciones: _____		

CONTROL SANITARIO	
Exploración clínica: (Exponer claramente las patologías, especialmente en el caso de ser necesaria la eutanasia)	Apto
	No apto
	Eutanasia
	Urgencia

TRATAMIENTOS				
Desparasitación		Esterilización	Vacunación	Otros
Interna:	Externa:			

Firma representante clínica: _____