Ficha identificación paciente felino TNR

Paciente	N°	

•				
Fecha:	RUT:			
Nombre:	Teléfono fijo:	Móvil:		
Dirección:	Comuna:			
Región:	Mail:			
Datos paciente				
Nombre:	Edad aprox:			
Sexo: \square macho \square hembra	Peso (kg):			
Raza: DPC DPL otra:	Comuna origen:			
Color: □ blanco □ gris □ negro □ tuxedo □ bicolor /gris □ bicolor/negro □ bicolor/rojo				
🗆 tortoiseshell 🗀 tabby gris 🗀 tabby marrón 🗀 tabby rojo 🗀 bicolor tabby/gris 🗀 bicolor tabby/marrón				
□ bicolor tabby/rojo □ tabby/blanco □ torbie □ calicó □ calicó diluido □ otro				
Procedimiento				
Ovariohisterectomía: 🗌 línea alba 🔲 flanco				
Orquiectomía: ascrotal inguinal abdominal				
Vacuna antirrábica: Laboratorio:	N°.	Serie:		
Identificación: marca de oreja 🗌				
Ficha identificación paciente	relino livk			
Datos responsable				
Datos responsable	1			
Fecha:	RUT:			
Fecha: Nombre:	Teléfono fijo:	Móvil:		
Fecha: Nombre: Dirección:	Teléfono fijo: Comuna:	Móvil:		
Fecha: Nombre:	Teléfono fijo:	Móvil:		
Fecha: Nombre: Dirección:	Teléfono fijo: Comuna:	Móvil:		
Fecha: Nombre: Dirección: Región:	Teléfono fijo: Comuna:	Móvil:		
Fecha: Nombre: Dirección: Región: Datos paciente	Teléfono fijo: Comuna: Mail:	Móvil:		
Fecha: Nombre: Dirección: Región: Datos paciente Nombre:	Teléfono fijo: Comuna: Mail: Edad aprox:	Móvil:		
Fecha: Nombre: Dirección: Región: Datos paciente Nombre: Sexo:	Teléfono fijo: Comuna: Mail: Edad aprox: Peso (kg): Comuna origen:			
Fecha: Nombre: Dirección: Región: Datos paciente Nombre: Sexo:	Teléfono fijo: Comuna: Mail: Edad aprox: Peso (kg): Comuna origen: icolor /gris bicolor/i	negro 🗆 bicolor/rojo		
Fecha: Nombre: Dirección: Región: Datos paciente Nombre: Sexo:	Teléfono fijo: Comuna: Mail: Edad aprox: Peso (kg): Comuna origen: icolor /gris bicolor/i	negro 🗆 bicolor/rojo /gris 🗆 bicolor tabby/marrón		
Fecha: Nombre: Dirección: Región: Datos paciente Nombre: Sexo:	Teléfono fijo: Comuna: Mail: Edad aprox: Peso (kg): Comuna origen: icolor /gris bicolor/i	negro 🗆 bicolor/rojo /gris 🗆 bicolor tabby/marrón		
Fecha: Nombre: Dirección: Región: Datos paciente Nombre: Sexo:	Teléfono fijo: Comuna: Mail: Edad aprox: Peso (kg): Comuna origen: icolor /gris bicolor/i	negro 🗆 bicolor/rojo /gris 🗆 bicolor tabby/marrón		
Fecha: Nombre: Dirección: Región: Datos paciente Nombre: Sexo:	Teléfono fijo: Comuna: Mail: Edad aprox: Peso (kg): Comuna origen: icolor /gris bicolor/i y rojo bicolor tabby, calicó calicó dilui	negro 🗆 bicolor/rojo /gris 🗆 bicolor tabby/marrón		
Fecha: Nombre: Dirección: Región: Datos paciente Nombre: Sexo:	Teléfono fijo: Comuna: Mail: Edad aprox: Peso (kg): Comuna origen: icolor /gris bicolor/i y rojo bicolor tabby, calicó calicó dilui	negro 🗆 bicolor/rojo /gris 🗆 bicolor tabby/marrón		