

Ficha identificación paciente felino TNR

Paciente N°

Datos responsable		
Fecha:	RUT:	
Nombre:	Teléfono fijo:	Móvil:
Dirección:	Comuna:	
Región:	Mail:	
Datos paciente		
Nombre:	Edad aprox:	
Sexo: <input type="checkbox"/> macho <input type="checkbox"/> hembra	Peso (kg):	
Raza: <input type="checkbox"/> DPC <input type="checkbox"/> DPL otra:	Comuna origen:	
Color: <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> gris <input type="checkbox"/> negro <input type="checkbox"/> tuxedo <input type="checkbox"/> bicolor /gris <input type="checkbox"/> bicolor/negro <input type="checkbox"/> bicolor/rojo <input type="checkbox"/> tortoiseshell <input type="checkbox"/> tabby gris <input type="checkbox"/> tabby marrón <input type="checkbox"/> tabby rojo <input type="checkbox"/> bicolor tabby/gris <input type="checkbox"/> bicolor tabby/marrón <input type="checkbox"/> bicolor tabby/rojo <input type="checkbox"/> tabby/blanco <input type="checkbox"/> torbie <input type="checkbox"/> calicó <input type="checkbox"/> calicó diluido <input type="checkbox"/> otro _____		
Procedimiento		
Ovariohisterectomía: <input type="checkbox"/> línea alba <input type="checkbox"/> flanco		
Orquiectomía: <input type="checkbox"/> escrotal <input type="checkbox"/> inguinal <input type="checkbox"/> abdominal		
Vacuna antirrábica:	Laboratorio:	N°Serie:
Identificación: marca de oreja <input type="checkbox"/>		

Ficha identificación paciente felino TNR

Paciente N°

Datos responsable		
Fecha:	RUT:	
Nombre:	Teléfono fijo:	Móvil:
Dirección:	Comuna:	
Región:	Mail:	
Datos paciente		
Nombre:	Edad aprox:	
Sexo: <input type="checkbox"/> macho <input type="checkbox"/> hembra	Peso (kg):	
Raza: <input type="checkbox"/> DPC <input type="checkbox"/> DPL otra:	Comuna origen:	
Color: <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> gris <input type="checkbox"/> negro <input type="checkbox"/> tuxedo <input type="checkbox"/> bicolor /gris <input type="checkbox"/> bicolor/negro <input type="checkbox"/> bicolor/rojo <input type="checkbox"/> tortoiseshell <input type="checkbox"/> tabby gris <input type="checkbox"/> tabby marrón <input type="checkbox"/> tabby rojo <input type="checkbox"/> bicolor tabby/gris <input type="checkbox"/> bicolor tabby/marrón <input type="checkbox"/> bicolor tabby/rojo <input type="checkbox"/> tabby/blanco <input type="checkbox"/> torbie <input type="checkbox"/> calicó <input type="checkbox"/> calicó diluido <input type="checkbox"/> otro _____		
Procedimiento		
Ovariohisterectomía: <input type="checkbox"/> línea alba <input type="checkbox"/> flanco		
Orquiectomía: <input type="checkbox"/> escrotal <input type="checkbox"/> inguinal <input type="checkbox"/> abdominal		
Vacuna antirrábica:	Laboratorio:	N°Serie:
Identificación: marca de oreja <input type="checkbox"/>		