

Cartilla sanitaria y de identificación oficial de animales de compañía. Comunidad de Madrid



 **Comunidad de Madrid**



COLEGIO OFICIAL
DE VETERINARIOS
DE MADRID

**Cartilla sanitaria
y de identificación oficial
de animales de compañía.
Comunidad de Madrid**

El propietario es el responsable último de la salud y la protección de sus animales. En la Comunidad de Madrid existe una Ley de Protección Animal que contempla las normas para la protección de los animales domésticos y, en particular, los de compañía y establece las obligaciones y prohibiciones que deben observar los propietarios de dichos animales.

El veterinario es el profesional que se encarga de vigilar su estado de salud y bienestar, controlando las enfermedades que pueden aparecer y de indicar las medidas preventivas más adecuadas.

El incumplimiento de lo establecido en la normativa de la Comunidad de Madrid que regula los aspectos relativos a la tenencia, protección, identificación y vacunación de los animales de compañía, está sujeto al régimen de infracciones y sanciones establecido en la Ley 1/1990, de 1 de febrero, de Protección de los Animales Domésticos.

IDENTIFICACIÓN ANIMAL

La identificación es obligatoria en la Comunidad de Madrid desde el año 1993 para perros y gatos y voluntaria en hurones.

CAMBIOS DE PROPIETARIO Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Los cambios de titularidad en la propiedad de un animal se realizarán a través de los veterinarios actuantes. También los podrán realizar directamente los propietarios, bajo su responsabilidad, bien en la sede del RIAC, compareciendo el propietario registrado y el nuevo propietario, o con certificado digital a través de la página www.madrid.org/cran_pub. Para ello deberán introducir sus datos, los del animal y los del nuevo propietario y adjuntar copia de los DNI de los afectados, así como el documento de cesión debidamente firmado por ambos.

Las bajas de los animales fallecidos y las modificaciones de los datos del RIAC, en especial los correspondientes a domicilio y teléfono, necesarios para la localización del propietario en caso de extravío del animal, podrán asimismo comunicarse a través de los veterinarios actuantes o directamente por el propietario, bajo su responsabilidad, bien en la sede del RIAC o con certificado digital a través de la página www.madrid.org/cran_pub.

RIAC

Registro de Identificación de Animales de Compañía

C/ Maestro Ripoll, 8.28006 Madrid

Tel: 902 222 678

Correo electrónico: identificacion@colvema.org

Web: www.colvema.org

Descripción e identificación del animal

Descripción

Nombre _____

Fecha nacimiento _____

Especie Animal _____

Raza _____

Sexo _____

Pelo _____

Color _____

Identificación

Nº del microchip

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nombre del veterinario _____

Nº colegiado

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Firma del veterinario y sello de la clínica

ANIMALES Y PERROS POTENCIALMENTE PELIGROSOS

Se consideran animales potencialmente peligrosos todos los que pertenecen a especies o razas que tienen la capacidad de causar la muerte o lesiones a las personas o a otros animales y daños a las cosas y que son utilizados como animales domésticos, o de compañía.

Dentro de la especie canina, la legislación (Real Decreto 287/ 2002, de 22 de marzo, por el que se desarrolla la Ley 50/1999, de 23 de diciembre sobre régimen jurídico de la tenencia de animales potencialmente peligrosos) estipula que se consideran perros potencialmente peligrosos los incluidos en al menos uno de los 3 siguientes supuestos:

- Los que pertenezcan a alguna de las razas siguientes o a sus cruces: Pit Bull Terrier, Staffordshire bull Terrier, American Staffordshire Terrier, Rottweiler, Dogo Argentino, Fila Brasileiro, Tosa Inu, Akita Inu
- Aquellos que tengan unas determinadas características tales como fuerte musculatura, un peso determinado, mandíbulas poderosas, etc.
- Aquellos que manifiesten un carácter marcadamente agresivo o que hallan protagonizado agresiones a personas o a otros animales

La tenencia de estos animales requiere la obtención previa de una Licencia Administrativa otorgada por el Ayuntamiento. Tras la obtención de la Licencia, es necesario solicitar la inscripción del animal en el Registro de Animales Potencialmente Peligrosos.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS PROPIETARIOS DE ANIMALES DE COMPAÑÍA

El titular de un perro debe suscribir un seguro de responsabilidad civil que cubra la indemnización por los posibles daños que pueda ocasionar a las personas o bienes.

Los perros considerados potencialmente peligrosos deberán acreditar haber formalizado un seguro de responsabilidad civil por daños a terceros con una cobertura no inferior a ciento veinte mil euros (120.000€).

Datos del propietario

Propietario 1

Apellidos

Nombre

Dirección

Localidad

Provincia

C.P.

Teléfono

Móvil

Correo electrónico

DNI / NIE /
Pasaporte

Firma

Propietario 2

Apellidos

Nombre

Dirección

Localidad

Provincia

C.P.

Teléfono

Móvil

Correo electrónico

DNI / NIE /
Pasaporte

Firma

RESPONSABILIDAD DEL PROPIETARIO DE UN ANIMAL DE COMPAÑÍA

El propietario o responsable de un animal de compañía, con el asesoramiento de su veterinario, está en la obligación de proporcionarle los cuidados necesarios para un correcto desarrollo desde el punto de vista nutricional y afectivo, velando que su salud y prestándole las atenciones necesarias que garanticen su bienestar.

RABIA

La rabia es una enfermedad infecciosa y transmisible de origen vírico, caracterizada por una inflamación del cerebro, de las membranas que lo envuelven (meninges) y de la médula espinal. Afecta al hombre y a gran número de animales.

Con caracter previo a la vacunación, el veterinario ha de realizar un reconocimiento del animal para valorar si este puede ser vacunado.

En la Comunidad de Madrid la vacunación antirrábica es obligatoria en perros, a partir de los tres meses de edad y está recomendada en gatos y hurones. La legislación prohíbe vacunar a ningún animal que no esté previamente identificado (microchip).

Tratamientos obligatorios Vacunación antirrábica

1 Nº colegiado Exploración previa APTO NO APTO
Fecha de vacunación / / Fecha de validez / /

| | | |
|---------------|---|---------------|
| Sello oficial | Nombre del producto, fabricante, nº de lote | Sello y firma |
|---------------|---|---------------|

2 Nº colegiado Exploración previa APTO NO APTO
Fecha de vacunación / / Fecha de validez / /

| | | |
|---------------|---|---------------|
| Sello oficial | Nombre del producto, fabricante, nº de lote | Sello y firma |
|---------------|---|---------------|

3 Nº colegiado Exploración previa APTO NO APTO
Fecha de vacunación / / Fecha de validez / /

| | | |
|---------------|---|---------------|
| Sello oficial | Nombre del producto, fabricante, nº de lote | Sello y firma |
|---------------|---|---------------|

Tratamientos obligatorios

Vacunación antirrábica

4 Nº colegiado Exploración previa APTO NO APTO
Fecha de vacunación Fecha de validez
____/____/____

| | | |
|---------------|---|---------------|
| Sello oficial | Nombre del producto, fabricante, nº de lote | Sello y firma |
|---------------|---|---------------|

6 Nº colegiado Exploración previa APTO NO APTO
Fecha de vacunación Fecha de validez
____/____/____

| | | |
|---------------|---|---------------|
| Sello oficial | Nombre del producto, fabricante, nº de lote | Sello y firma |
|---------------|---|---------------|

6 Nº colegiado Exploración previa APTO NO APTO
Fecha de vacunación Fecha de validez
____/____/____

| | | |
|---------------|---|---------------|
| Sello oficial | Nombre del producto, fabricante, nº de lote | Sello y firma |
|---------------|---|---------------|

7 Nº colegiado Exploración previa APTO NO APTO
Fecha de vacunación Fecha de validez
____/____/____

| | | |
|---------------|---|---------------|
| Sello oficial | Nombre del producto, fabricante, nº de lote | Sello y firma |
|---------------|---|---------------|

8 Nº colegiado Exploración previa APTO NO APTO
Fecha de vacunación Fecha de validez
____/____/____

| | | |
|---------------|---|---------------|
| Sello oficial | Nombre del producto, fabricante, nº de lote | Sello y firma |
|---------------|---|---------------|

9 Nº colegiado Exploración previa APTO NO APTO
Fecha de vacunación Fecha de validez
____/____/____

| | | |
|---------------|---|---------------|
| Sello oficial | Nombre del producto, fabricante, nº de lote | Sello y firma |
|---------------|---|---------------|

Tratamientos obligatorios

Vacunación antirrábica

10 Nº colegiado Exploración previa APTO NO APTO

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Fecha de vacunación

___ / ___ / ___

Fecha de validez

___ / ___ / ___

Sello oficial

Nombre del producto,
fabricante, nº de lote

Sello y firma

11 Nº colegiado Exploración previa APTO NO APTO

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Fecha de vacunación

___ / ___ / ___

Fecha de validez

___ / ___ / ___

Sello oficial

Nombre del producto,
fabricante, nº de lote

Sello y firma

12 Nº colegiado Exploración previa APTO NO APTO

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Fecha de vacunación

___ / ___ / ___

Fecha de validez

___ / ___ / ___

Sello oficial

Nombre del producto,
fabricante, nº de lote

Sello y firma

13 Nº colegiado Exploración previa APTO NO APTO

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Fecha de vacunación

___ / ___ / ___

Fecha de validez

___ / ___ / ___

Sello oficial

Nombre del producto,
fabricante, nº de lote

Sello y firma

14 Nº colegiado Exploración previa APTO NO APTO

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Fecha de vacunación

___ / ___ / ___

Fecha de validez

___ / ___ / ___

Sello oficial

Nombre del producto,
fabricante, nº de lote

Sello y firma

15 Nº colegiado Exploración previa APTO NO APTO

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Fecha de vacunación

___ / ___ / ___

Fecha de validez

___ / ___ / ___

Sello oficial

Nombre del producto,
fabricante, nº de lote

Sello y firma

EL CACHORRO

Hasta que cumpla un año de edad (un poco más en perros de razas grandes) un perro o gato será cachorro. Hay algunas necesidades que hay que cubrir para su correcto desarrollo.

Desparasitación

La desparasitación debe hacerse durante toda la vida del animal, y desde el momento en que llega a su nuevo hogar. La desparasitación tanto externa (pulgas, garrapatas, mosquitos) como interna (gusanos planos y redondos) es fundamental para nuestra salud y la de nuestro cachorro.

Vacunación

La vacunación consiste en la inoculación de una sustancia (microorganismo atenuado, fracción de un virus, etc). El organismo reacciona frente a ella y crea defensas para prevenir posteriores infecciones. Sólo es efectiva si el animal está sano, desparasitado y se hace en el momento adecuado, cuando el sistema inmune es maduro. El tipo de vacunas y la frecuencia puede variar según hábitos y zona geográfica en la que se viva.

Vacunas de perro:

Moquillo
Hepatitis vírica
Leptospirosis
Parvovirus
Tos de las perreras
Rabia
Leishmaniosis

Vacunas de gato:

Panleucopenia
Herpesvirus
Calicivirus
Leucemia
Peritonitis infecciosa
Rabia

Socialización

Es muy importante que nuestro cachorro salga a la calle lo antes posible (nuestro veterinario nos indicará cuándo), así podrá acostumbrarse a las personas, a los ruidos, a otros animales, etc. De no hacerlo así, es muy probable que en el futuro se muestre más tímido e incluso agresivo.

Tratamientos recomendados Primeras vacunaciones

Fecha de vacunación ____ / ____ / ____

Producto, fabricante, nº de lote...

Nº colegiado

Sello y firma

Fecha de vacunación ____ / ____ / ____

Producto, fabricante, nº de lote...

Nº colegiado

Sello y firma

Fecha de vacunación ____ / ____ / ____

Producto, fabricante, nº de lote...

Nº colegiado

Sello y firma

Fecha de vacunación ____ / ____ / ____

Producto, fabricante, nº de lote...

Nº colegiado

Sello y firma

Fecha de vacunación ____ / ____ / ____

Producto, fabricante, nº de lote...

Nº colegiado

Sello y firma

Fecha de vacunación ____ / ____ / ____

Producto, fabricante, nº de lote...

Nº colegiado

Sello y firma

EL CACHORRO

Alimentación

Es muy importante para mantener la salud de nuestros animales que ingieran una dieta equilibrada, adaptada a cada etapa de crecimiento y a cada necesidad. Nunca deben comer carnes o productos de origen animal crudos, ya que así pueden ingerir parásitos y transmitirlos a sus dueños.

En todo caso consulte a su veterinario, será el que mejor pueda aconsejarle sobre la dieta de su animal.

Desparasitaciones

Control antiparasitario (meses) 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

Hidatidosis

Medicamento / pauta

Parásitos internos

Medicamento / pauta

Parásitos externos

Medicamento / pauta

Pruebas específicas

Análisis

Sangre

Orina

Heces

Leishmaniosis

Otros

Otros tratamientos

Cirugías

Otras anotaciones/comentarios

Otras vacunaciones

Fecha de vacunación ____ / ____ / ____

Producto, fabricante, nº de lote...

Nº colegiado

Sello y firma

Fecha de vacunación ____ / ____ / ____

Producto, fabricante, nº de lote...

Nº colegiado

Sello y firma

Fecha de vacunación ____ / ____ / ____

Producto, fabricante, nº de lote...

Nº colegiado

Sello y firma

Fecha de vacunación ____ / ____ / ____

Producto, fabricante, nº de lote...

Nº colegiado

Sello y firma

Fecha de vacunación ____ / ____ / ____

Producto, fabricante, nº de lote...

Nº colegiado

Sello y firma

Fecha de vacunación ____ / ____ / ____

Producto, fabricante, nº de lote...

Nº colegiado

Sello y firma

EL ADULTO

Aproximadamente al año un perro o un gato pasan de ser cachorros a convertirse en adultos (un año y medio en los perros de raza grande). Durante esta nueva etapa se deben adaptar las pautas sanitarias que ha empezado de cachorro: desparasitación, vacunación, nutrición, higiene y educación. Será maduro sexualmente y será importante, además, evitar gestaciones no deseadas, vigilar su estado corporal y contribuir a que llegue a su "edad madura" en las mejores condiciones posibles.

Ciclo sexual y control de natalidad

Las perras pueden tener su primer celo entre los 6 ó 10 meses en el caso de las razas pequeñas, alargándose incluso hasta el año de edad para las razas de gran tamaño. Tienen normalmente dos celos al año. Las gatas pueden tener varios celos seguidos y sus ciclos están influenciados por el fotoperíodo. La esterilización es un proceso quirúrgico que consiste en la retirada total o parcial de los órganos reproductores y se realiza tanto en los machos como en las hembras. Este procedimiento incrementa su calidad y esperanza de vida ya que disminuye la posibilidad de que se desarrollen infecciones uterinas, tumores y enfermedades de los órganos reproductores.

Higiene buco-dental

El término enfermedad periodontal se usa para definir las enfermedades de los tejidos que sujetan el diente. El primer paso para que ocurra es la formación de placa sobre la superficie de los dientes, una alimentación adecuada ayuda a reducirla y controlarla. Es importante realizar un cepillado periódico de los dientes. Una vez formado el sarro sólo se elimina mediante una limpieza de boca realizada por un veterinario.

EL "ANIMAL MAYOR"

Un animal puede considerarse mayor a partir de los 7-9 años dependiendo de la raza y tamaño. En las razas gigantes a partir de los 5 años. Es recomendable realizar revisiones periódicas para detectar problemas de manera precoz.

ENFERMEDADES A VIGILAR POR VIVIR EN SOCIEDAD

Hidatidosis (equinococosis, quiste hidatídico)

En el hombre se caracteriza por la aparición de quistes en hígado o pulmón que son la fase larvaria de la tenia *Echinococcus granulosus*. Puede adquirir la enfermedad por contacto con perros infectados o por consumo de aguas, vegetales y otros objetos contaminados con heces de cánidos parasitados.

Toxoplasmosis

Es una parasitosis causada por *Toxoplasma gondii*, un parásito microscópico. La infección se adquiere principalmente por la ingestión de carne cruda o poco cocida, verduras y aguas contaminadas por las heces de gatos parasitados. La prevención de la Toxoplasmosis es muy importante en individuos inmunodeprimidos y mujeres embarazadas.

Otros parásitos internos

Los nematodos son gusanos cilíndricos de vida parasitaria. Pueden encontrarse en el intestino, hígado, pulmón, etc de perros y gatos infectados. Las giardias son parásitos unicelulares que también causan problemas importantes y pueden ser contagiosos al hombre.

Leishmaniosis

Es una enfermedad que afecta a la salud del perro y puede llegar a ser muy grave. Puede afectar al ser humano, especialmente a niños y personas inmunocomprometidas. Está provocada por un parásito del género *Leishmania* que se transmite por la picadura de un mosquito y que provoca lesiones de distinta consideración. Su sintomatología clínica es muy variada y frecuentemente provoca problemas en piel y riñón. Dado que existe un alto riesgo de contagio a finales de verano y principios de otoño, es aconsejable realizar un control serológico y/o parasitológico en los meses de octubre a diciembre. Ya existe una vacuna disponible para la prevención de dicha enfermedad.

Leptospirosis

La leptospirosis es una enfermedad infecciosa que afecta a diversas especies animales. La infección se adquiere por contacto de la piel o mucosas con la orina infectada. La vacunación es el mejor método para evitar el contagio y la transmisión de la enfermedad.

Recomendaciones de salud

Certificado de salud anual recomendado

| | | | |
|---|---|--|--|
| 2 | 0 | | |
|---|---|--|--|

Nombre del veterinario

Nº colegiado

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Nº colaborador

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Peso **Kg** **Temperatura** °C **Entero** **Castrado**

Condición corporal (1-9 según WSAVA)

| Normalidad | SI | NO | Observaciones / Recomendaciones |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Aspecto general | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Piel / mucosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. músculo-esquelético | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. cardio-respiratorio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. digestivo / cavidad oral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. urogenital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Oídos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. nervioso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ganglios linfáticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Modificaciones del comportamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Fecha ____/____/____

Firma y sello veterinario

Espacio reservado para el sello del Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid

Tratamientos recomendados

Vacunaciones

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Sello y firma

Control antiparasitario (meses) 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

Hidatidosis

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Medicamento / pauta

Parásitos internos

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Medicamento / pauta

Parásitos externos

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Medicamento / pauta

Análisis

Sangre

Orina

Heces

Leishmaniosis

Otros

Otros tratamientos

Cirugías

Otras anotaciones/comentarios

Recomendaciones de salud

Certificado de salud anual recomendado

20

Nombre del veterinario

Nº colegiado

Nº colaborador

Peso **Kg** **Temperatura** °C **Entero** **Castrado**

Condición corporal (1-9 según WSAVA)

| Normalidad | SI | NO | Observaciones / Recomendaciones |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Aspecto general | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Piel / mucosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. músculo-esquelético | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. cardio-respiratorio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. digestivo / cavidad oral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. urogenital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Oídos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. nervioso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ganglios linfáticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Modificaciones del comportamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Fecha ____/____/____

Firma y sello veterinario

Espacio reservado para el sello del Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid

Tratamientos recomendados

Vacunaciones

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Control antiparasitario (meses) 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

Hidatidosis

Medicamento / pauta

Parásitos internos

Medicamento / pauta

Parásitos externos

Medicamento / pauta

Análisis

Sangre

Orina

Heces

Leishmaniosis

Otros

Otros tratamientos

Cirugías

Otras anotaciones/comentarios

Recomendaciones de salud

Certificado de salud anual recomendado

20

Nombre del veterinario

Nº colegiado

Nº colaborador

Peso **Kg** **Temperatura** °C **Entero** **Castrado**

Condición corporal (1-9 según WSAVA)

| Normalidad | SI | NO | Observaciones / Recomendaciones |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Aspecto general | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Piel / mucosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. músculo-esquelético | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. cardio-respiratorio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. digestivo / cavidad oral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. urogenital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Oídos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. nervioso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ganglios linfáticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Modificaciones del comportamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Fecha ____/____/____

Firma y sello veterinario

Espacio reservado para el sello del Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid

Tratamientos recomendados

Vacunaciones

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Control antiparasitario (meses) 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

Hidatidosis

Medicamento / pauta

Parásitos internos

Medicamento / pauta

Parásitos externos

Medicamento / pauta

Análisis

Sangre

Orina

Heces

Leishmaniosis

Otros

Otros tratamientos

Cirugías

Otras anotaciones/comentarios

Recomendaciones de salud

Certificado de salud anual recomendado

20

Nombre del veterinario

Nº colegiado

Nº colaborador

Peso **Kg** **Temperatura** °C **Entero** **Castrado**

Condición corporal (1-9 según WSAVA)

| Normalidad | SI | NO | Observaciones / Recomendaciones |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Aspecto general | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Piel / mucosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. músculo-esquelético | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. cardio-respiratorio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. digestivo / cavidad oral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. urogenital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Oídos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. nervioso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ganglios linfáticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Modificaciones del comportamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Fecha ____/____/____

Firma y sello veterinario

Espacio reservado para el sello del Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid

Tratamientos recomendados

Vacunaciones

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Control antiparasitario (meses) 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

Hidatidosis

Medicamento / pauta

Parásitos internos

Medicamento / pauta

Parásitos externos

Medicamento / pauta

Análisis

Sangre

Orina

Heces

Leishmaniosis

Otros

Otros tratamientos

Cirugías

Otras anotaciones/comentarios

Recomendaciones de salud

Certificado de salud anual recomendado

20

Nombre del veterinario

Nº colegiado

Nº colaborador

Peso **Kg** **Temperatura** °C **Entero** **Castrado**

Condición corporal (1-9 según WSAVA)

| Normalidad | SI | NO | Observaciones / Recomendaciones |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Aspecto general | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Piel / mucosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. músculo-esquelético | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. cardio-respiratorio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. digestivo / cavidad oral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. urogenital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Oídos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. nervioso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ganglios linfáticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Modificaciones del comportamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Fecha ____/____/____

Firma y sello veterinario

Espacio reservado para el sello del Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid

Tratamientos recomendados

Vacunaciones

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Control antiparasitario (meses) 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

Hidatidosis

Medicamento / pauta

Parásitos internos

Medicamento / pauta

Parásitos externos

Medicamento / pauta

Análisis

Sangre

Orina

Heces

Leishmaniosis

Otros

Otros tratamientos

Cirugías

Otras anotaciones/comentarios

Recomendaciones de salud

Certificado de salud anual recomendado

| | | | |
|---|---|--|--|
| 2 | 0 | | |
|---|---|--|--|

Nombre del veterinario

Nº colegiado

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Nº colaborador

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Peso **Kg** **Temperatura** °C **Entero** **Castrado**

Condición corporal (1-9 según WSAVA)

| Normalidad | SI | NO | Observaciones / Recomendaciones |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Aspecto general | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Piel / mucosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. músculo-esquelético | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. cardio-respiratorio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. digestivo / cavidad oral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. urogenital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Oídos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. nervioso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ganglios linfáticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Modificaciones del comportamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Fecha ____/____/____
Firma y sello veterinario

Espacio reservado para el sello del Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid

Tratamientos recomendados

Vacunaciones

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Sello y firma

Control antiparasitario (meses) 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

Hidatidosis

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Medicamento / pauta

Parásitos internos

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Medicamento / pauta

Parásitos externos

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Medicamento / pauta

Análisis

Sangre

Orina

Heces

Leishmaniosis

Otros

Otros tratamientos

Cirugías

Otras anotaciones/comentarios

Recomendaciones de salud

Certificado de salud anual recomendado

20

Nombre del veterinario

Nº colegiado

Nº colaborador

Peso **Kg** **Temperatura** °C **Entero** **Castrado**

Condición corporal (1-9 según WSAVA)

| Normalidad | SI | NO | Observaciones / Recomendaciones |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Aspecto general | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Piel / mucosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. músculo-esquelético | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. cardio-respiratorio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. digestivo / cavidad oral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. urogenital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Oídos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. nervioso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ganglios linfáticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Modificaciones del comportamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Fecha ____/____/____

Firma y sello veterinario

Espacio reservado para el sello del Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid

Tratamientos recomendados

Vacunaciones

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Control antiparasitario (meses) 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

Hidatidosis

Medicamento / pauta

Parásitos internos

Medicamento / pauta

Parásitos externos

Medicamento / pauta

Análisis

Sangre

Orina

Heces

Leishmaniosis

Otros

Otros tratamientos

Cirugías

Otras anotaciones/comentarios

Recomendaciones de salud

Certificado de salud anual recomendado

20

Nombre del veterinario

Nº colegiado

Nº colaborador

Peso **Kg** **Temperatura** °C **Entero** **Castrado**

Condición corporal (1-9 según WSAVA)

| Normalidad | SI | NO | Observaciones / Recomendaciones |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Aspecto general | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Piel / mucosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. músculo-esquelético | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. cardio-respiratorio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. digestivo / cavidad oral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. urogenital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Oídos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. nervioso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ganglios linfáticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Modificaciones del comportamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Fecha ____/____/____

Firma y sello veterinario

Espacio reservado para el sello del Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid

Tratamientos recomendados

Vacunaciones

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Control antiparasitario (meses) 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

Hidatidosis

Medicamento / pauta

Parásitos internos

Medicamento / pauta

Parásitos externos

Medicamento / pauta

Análisis

Sangre

Orina

Heces

Leishmaniosis

Otros

Otros tratamientos

Cirugías

Otras anotaciones/comentarios

Recomendaciones de salud

Certificado de salud anual recomendado

| | | | |
|---|---|--|--|
| 2 | 0 | | |
|---|---|--|--|

Nombre del veterinario

Nº colegiado

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Nº colaborador

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Peso **Kg** **Temperatura** °C **Entero** **Castrado**

Condición corporal (1-9 según WSAVA)

| Normalidad | SI | NO | Observaciones / Recomendaciones |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Aspecto general | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Piel / mucosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. músculo-esquelético | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. cardio-respiratorio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. digestivo / cavidad oral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. urogenital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Oídos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. nervioso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ganglios linfáticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Modificaciones del comportamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Fecha ____/____/____

Firma y sello veterinario

Espacio reservado para el sello del Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid

Tratamientos recomendados

Vacunaciones

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Sello y firma

Control antiparasitario (meses) 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

Hidatidosis Medicamento / pauta

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Parásitos internos Medicamento / pauta

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Parásitos externos Medicamento / pauta

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Análisis

- Sangre
- Orina
- Heces
- Leishmaniosis
- Otros

Otros tratamientos

Cirugías

Otras anotaciones/comentarios

Recomendaciones de salud

Certificado de salud anual recomendado

20

Nombre del veterinario

Nº colegiado

Nº colaborador

Peso **Kg** **Temperatura** °C **Entero** **Castrado**

Condición corporal (1-9 según WSAVA)

| Normalidad | SI | NO | Observaciones / Recomendaciones |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Aspecto general | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Piel / mucosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. músculo-esquelético | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. cardio-respiratorio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. digestivo / cavidad oral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. urogenital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Oídos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S. nervioso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ganglios linfáticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Modificaciones del comportamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Fecha ____/____/____

Firma y sello veterinario

Espacio reservado para el sello del Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid

Tratamientos recomendados

Vacunaciones

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Fecha de vacunación ____/____/____

Nº colegiado

Producto, fabricante, nº de lote...

Sello y firma

Control antiparasitario (meses) 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

Hidatidosis

Medicamento / pauta

Parásitos internos

Medicamento / pauta

Parásitos externos

Medicamento / pauta

Análisis

Sangre

Orina

Heces

Leishmaniosis

Otros

Otros tratamientos

Cirugías

Otras anotaciones/comentarios



