



SS
SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO DE BAJA CALIFORNIA

**CENTRO ANTIRRABICO MUNICIPAL
SOLICITUD DE ESTERILIZACIÓN**



Nº. Folio: _____

Fecha: _____

Datos del propietario

Nombre: _____

Dirección: _____

Colonia: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____

¿Cómo se enteró de la campaña? _____

Médico que opero _____

Datos del Paciente

Nombre de la mascota: _____

Especie   Sexo:   Raza: _____
Perro Gato Macho Hembra

Ayuno por: _____ Peso: Lbs. Edad:

Color: Señas Particulares _____

Observaciones:

Nervioso Agresivo Toma Medicamento Ninguna

Vacuna Antirrábica: Si No Retiro de puntos a las 2 semanas: Si No

Ubicación de la campaña: _____

Manifiesto bajo protesta de decir la verdad que todos los datos proporcionados son correctos y que estoy consciente de que en proceso de cirugía pueden presentarse complicaciones de lo que no hago responsables a médicos veterinarios y personal voluntario. **Así mismo asumo la responsabilidad del cuidado postoperatorio de la mascota el cual deberá ser supervisado por un médico veterinario.**

FIRMA DEL PROPIETARIO

