

ANEXO II

FICHA DE ACTUACIONES CLÍNICAS DEL PROGRAMA CES

(Cumplimentar dos ejemplares: uno para el Servicio de Medio Natural y Urbano del Ajuntament de Calvià y otro para el centro veterinario).

CENTRO VETERINARIO: _____

VETERINARIO QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN:

Nº. Col.: _____

FECHA DE INGRESO DEL GATO: _____

CARACTERÍSTICAS DEL ANIMAL (Se aconseja poner todos los detalles posibles):

Sexo: _____ Raza: _____

Color: _____

Otros rasgos: _____

OBSERVACIONES:

CONTROL SANITARIO: Exploración clínica (exponer las patologías que observen el gato)

APTO para la esterilización

NO APTO para la esterilización

MARCAJE PABELLÓN AURICULAR:

OBSERVACIONES E INCIDENTES:

Veterinario.

Fdo. _____

FECHA DE SALIDA DEL GATO: _____

PERSONA QUE LO RECOGE: _____

DESTINO DEL GATO: _____

Responsable de la recogida

Fdo. _____