

ANEXO II

FICHA DE ACTUACIONES CLÍNICAS DEL PROGRAMA CES

CENTRO VETERINARIO: _____

DIRECTOR TÉCNICO VETERINARIO: _____ N° Col.: _____

VETERINARIO QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN: _____

N° Col.: _____

FECHA DE INGRESO DEL GATO: ___ / ___ / ____ FECHA DE SALIDA DEL GATO: ___ / ___ / ____

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

- **Sexo:** _____
- **Raza:** _____
- **Capa:** _____
- **Otros rasgos:** _____

OBSERVACIONES: _____

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

APTO para la esterilización

NO APTO para la esterilización

ESTERILIZACIÓN REALIZADA:

Ovariohisterectomía

Ovariectomía

Orquiectomía

MARCAJE PABELLÓN AURICULAR:

Oreja Izquierda hembra.

Oreja Derecha macho.

OBSERVACIONES E INCIDENTES:

Director Técnico Veterinario.

Veterinario.

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Ejemplar para el Excmo. Ayuntamiento.

ANEXO II

FICHA DE ACTUACIONES CLÍNICAS DEL PROGRAMA CES

CENTRO VETERINARIO: _____

DIRECTOR TÉCNICO VETERINARIO: _____ N° Col.: _____

VETERINARIO QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN: _____

N° Col.: _____

FECHA DE INGRESO DEL GATO: ___ / ___ / ___ FECHA DE SALIDA DEL GATO: ___ / ___ / ___

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

- **Sexo:** _____
- **Raza:** _____
- **Capa:** _____
- **Otros rasgos:** _____

OBSERVACIONES: _____

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

APTO para la esterilización

NO APTO para la esterilización

ESTERILIZACIÓN REALIZADA:

Ovariohisterectomía

Ovariectomía

Orquiectomía

MARCAJE PABELLÓN AURICULAR:

Oreja Izquierda hembra.

Oreja Derecha macho.

OBSERVACIONES E INCIDENTES:

Director Técnico Veterinario.

Veterinario.

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Ejemplar para el veterinario.