

ESTERILIZACION DE PERROS Y GATOS

FOLIO:DBA/AM/CDE-0000/2025

CERTIFICADO DE ESTERILIZACION

Fecha: (día/mes/año): _____ Hora: _____

Entidad: _____ Municipio: _____

Datos del propietario (sólo mayores de 18 años)

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Datos del animal

DATOS DEL ANIMAL			
ESPECIE	PERRO		GATO
SEXO	MACHO		HEMBRA

Nombre: _____ Raza: _____ Edad: _____ RUAC: _____

Adscripción del médico veterinario que realizó la cirugía.

SSA	AUTORIDAD LOCAL	GRUPOS DE LA COMUNIDAD
Estatal	Municipio	Organización de la Sociedad Civil
Jurisdiccional	Centro de Atención Canina	Institución Educativa
		Voluntarios o cuerpos colegiados

**SE CERTIFICA LA REALIZACION DE LA ESTERILIZACION POR MEDIO QUIRURGICO DEL ANIMAL
QUE SE DESCRIBE EN EL PRESENTE DOCUMENTO.**

Médico Veterinario responsable.
(Nombre y Firma)

Nombre y firma del Propietario
(He leído y autorizado)

No. Cédula Profesional: _____

No. Identificación: _____