

Fecha: \_\_\_\_\_

## ACTA DE EUTANASIA PARA ENVIO AL ISP

Nombre propietario/a: \_\_\_\_\_ RUT.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_

Especie: Canino \_\_\_\_ Felino \_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Color: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Tamaño: \_\_\_\_\_

Presenta certificado de vacunación antirrábica vigente Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**¿El animal se encuentra con sintomatología compatible con un cuadro de Rabia?**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Se concluye eutanasia Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Uso exclusivo del funcionario de la Autoridad Sanitaria que realiza la visita**

***Observación, síntomas que presenta el animal:***


Fecha y hora de eutanasia: \_\_\_\_\_

Producto utilizado: \_\_\_\_\_

Funcionario/a: \_\_\_\_\_

Fecha envío de muestra al ISP \_\_\_\_\_

Resultado y Fecha \_\_\_\_\_

Funcionario/a Autoridad Sanitaria  
Nombre y Firma

Propietario/a responsable  
Nombre, RUT y Firma