**ANEXO III**

**FICHA IDENTIFICATIVA DE ACTUACIONES CLÍNICAS**

**A rellenar por el/la voluntario/a autorizado/a**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de captura: | Colonia: |
| Motivo de captura | Esterilización | SI [ ]  | NO [ ]  Especificar:  |
| Voluntario responsable de la colonia autorizada: |
| DNI: | Nº de acreditación del voluntario/a: |
| Firma: |

**A rellenar por el/la veterinario/a responsable**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la clínica: |  |
| Fecha del ingreso: |  |

|  |
| --- |
| **CARACTERÍSTICAS DEL ANIMAL** |
| SEXO: | EDAD: | CAPA: | NOMBRE: |
| **Exploración clínica** |
| **Actuación clínica:** |
| **Apto** [ ]  | **No apto** [ ]  | **Motivo de eutanasia:** |
| **Marcaje en pabellón auricular:** | DERECHA [ ]  | IZQUIERDA [ ]  |
| **Observaciones/ Incidencias** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de salida:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del/a Veterinario/a** | **Firma y sello** |
|  |  |