**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** |
|  |  |