



FORMULARIO SOLICITUD EXAMEN
ESTUDIO DE INMUNIDAD ANIMAL

Uso Exclusivo Laboratorio

N° de Solicitud	
N° Cotización	

1.- Información del Remitente
Submitting Information

Fecha	
-------	----------------------

Clínica Veterinaria <i>Submitting Clinic</i>			
Dirección <i>Address</i>			
Ciudad <i>City</i>		País <i>Country</i>	
Nombre M.V. <i>Veterinarian Name</i>		Fono <i>Phone</i>	
E-mail			

2.- Información del Paciente
Patient Information

Nombre <i>Animal Name</i>		N° Microchip	
Edad <i>Age</i>	años/meses <i>Years Months</i>	Especie <i>Species</i>	
Sexo	M ☐ <i>Male</i> H ☐ <i>Female</i>	Raza <i>Breed</i>	
Fecha de Extracción del Suero <i>Serum Draw Date</i>		País de destino del animal <i>Destination of animal being exported</i>	

HISTORIAL DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA *Rabies Vaccination History*

Fecha primera vacuna <i>Date first vaccine</i>	
Fecha última vacuna <i>Date last vaccine</i>	

3.- Información del Propietario
Owner Information

Nombre <i>First Name</i>		Apellido <i>Last Name</i>	
Dirección <i>Address</i>			
Ciudad <i>City</i>		País <i>Country</i>	
E-mail			

☐ Declaro bajo mi responsabilidad la autenticidad de los datos consignados en este formulario
I declare under my responsibility the authenticity of the data consigned in this form

Instrucciones *Intructions*

1. Completar todos los campos solicitados en computador y luego imprimir.
Complete all the requested fields on line and print out.
2. El tubo debe ser claramente identificado con el nombre y número de microchip de la mascota.
The tube must be clearly identified with the name and microchip number of the pet.

Marathon 1000, Ñuñoa, Santiago. Chile
Fono (56) (2) 25755187 - (56) (2) 25755457 - (56) (2) 25755452