



Consejo Profesional de Médicos Veterinarios

LEY NACIONAL Nº 14.072

Pasco 760 – C1219ABF – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel: 4941-0552 / 5235-1683 – Email: cpmv@medvet.info – Web: cpmv.org.ar

CERTIFICADO DE DESPARASITACIÓN

Nombre y apellido del propietario: _____

Tipo y número de Documento: _____

Domicilio: _____

Datos del animal: Canino Macho Entero
 Felino Hembra Castrado/a

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad (años y meses): _____

Nombre: _____ Raza: _____ Peso: _____

Pelaje: _____ Nº de Microchip: _____

DESPARASITACIÓN INTERNA

Fecha y Hora: _____ Vía de administración: _____

Nombre comercial y laboratorio: _____

Drogas que lo componen y dosis administrada de cada una: _____

DESPARASITACIÓN EXTERNA:

Fecha y Hora: _____ Vía de administración: _____

Nombre comercial y laboratorio: _____

Drogas que lo componen y dosis administrada de cada una: _____

Observaciones: _____

Lugar y fecha: _____

Nombre del Profesional: _____

Apellido del Profesional: _____

Matrícula Nacional Nº: _____

FIRMA Y SELLO