



**CERTIFICADO DEFUNCIÓN**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

REGISTRO No. \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_ ASOCIACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

MICROCHIP No. \_\_\_\_\_ GENOTIPIFICACIÓN FEQ: \_\_\_\_\_

COLOR: \_\_\_\_\_ ANDAR: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA MUERTE: \_\_\_\_\_

EDAD AL DIA DE LA MUERTE: AÑOS MESES DIAS

HORA DE LA MUERTE: \_\_\_\_\_ SITIO Y/O LUGAR DE LA MUERTE: \_\_\_\_\_

PROPIETARIO: \_\_\_\_\_

CRIADERO: \_\_\_\_\_ CIUDAD O MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

TESTIGO DEL HECHO: \_\_\_\_\_

MÉDICO VETERINARIO: \_\_\_\_\_

CAUSA DE LA MUERTE: CÓLICO  ACCIDENTE  NATURAL  HEMOPARASITOS

OTRAS: \_\_\_\_\_

INVENTARIO DE PAJILLAS: \_\_\_\_\_

RESPONSABLE CUSTODIA DE PAJILLAS \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA VETERINARIO**

\_\_\_\_\_

**FIRMA PROPIETARIO**