



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