



DR.(A) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
MÉDICO VETERINARIO  
RUT: XX.XXX.XXX-X  
DIRECCIÓN: XXXXXXXXXXXXXXX XXXX, XXXXXX  
TELÉFONO: 987654321

FECHA: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_ RAZA: \_\_\_\_\_  
ESPECIE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Rp:.

---

FIRMA Y TIMBRE MÉDICO

USO EXCLUSIVO EN ANIMALES