



Ministerio de
Salud



ORIGINAL Nº(fecha/hora):

Certificado de Observación Clínica de Animales Domésticos para Profilaxis de la Rabia Ley 22.953

INICIO

En la Ciudad de, provincia de Rio Negro, a los días del mes..... del año.....Certifico haber comenzado la observación clínica para profilaxis de rabia a partir de la fecha hasta el día del mesaño, al animal cuyos datos se precisan más abajo.

Especie: Canino ☐ Felino ☐ Hurón ☐ Otro: Especificar.....

Nombre del animal: .. **Raza:** .. **Edad:** años meses

Sexo: macho ☐ hembra ☐ castrado ☐ **Talla:** chica ☐ media ☐ grande ☐

Color: **Vacunado:** sí ☐ no ☐ **Fecha:**

Presencia de signos clínicos de enfermedad rábica: sí ☐ no ☐

Denuncia policial: SI ☐ NO ☐

Datos del tenedor responsable del animal

Nombre y Apellido:

DNI:

Domicilio:

Teléfono:.....

e-mail:

Datos de la persona afectada (si corresponde)

Nombre y Apellido:

DNI:

Domicilio:

Teléfono:

Veterinario Nº de matrícula:

Firma de tenedor responsable

Sello y Firma del veterinario

El Original de este documento deberá ser enviado mediante copia digital/física a la autoridad competente:
Municipio/ Comisión de fomento y/o URESA (Salud Ambiental).



Ministerio de
Salud



DUPLICADO Nº(fecha/hora):

Certificado de Observación Clínica de Animales Domésticos para Profilaxis de la Rabia Ley 22.953

INICIO

En la Ciudad de, provincia de Río Negro, a los días del mes..... del año.....Certifico haber comenzado la observación clínica para profilaxis de rabia a partir de la fecha hasta el día del mesaño, al animal cuyos datos se precisan más abajo.

Canino ☐ Felino ☐ Hurón ☐ Otro

Nombre: **Raza:** **Edad:** años meses

Sexo: macho ☐ hembra ☐ castrado ☐ **Talla:** chica ☐ media ☐ grande ☐

Color: **Vacunado:** sí ☐ no ☐ Fecha:

Presencia de signos clínicos de enfermedad rábica: sí ☐ no ☐

Denuncia policial: SI ☐ NO ☐

Datos del tenedor responsable del animal

Nombre y Apellido:

DNI:

Domicilio:

Teléfono:

Datos de la persona afectada (si corresponde)

Nombre y Apellido:

DNI:

Domicilio:

Teléfono:

Veterinario Nº de matrícula:

Domicilio:

Firma de tenedor responsable

Sello y Firma del veterinario



Ministerio de
Salud



ORIGINAL Nº(fecha/hora):

Certificado de Observación Clínica de Animales Domésticos para Profilaxis de la Rabia Ley 22.953

SEGUIMIENTO (10 días desde el accidente, en forma continua o cada 48 hrs). El animal no puede tener contacto con personas o animales mientras dure la observación o hasta el alta.

En la Ciudad de, provincia de Río Negro, a los días del mes..... del año.....se procede a la observación animal. Nombre del animal:especie:color:

Domicilio:

Sintomatología:

	SI	NO	N/S		SI	NO	N/S
Cambio de carácter				Cambio de tono de voz			
Babeo				contracciones			
Agresividad				Ingestiones anormales			
Nerviosismo				Parálisis del tren posterior			
Fiebre				Parálisis mandibular			
Anorexia				Enfermedad concomitante			
alucinación				Accidentes			
Depresión				Otros			

Observaciones:

Certifico que el animal, objeto de la presente observación, SÍ / NO (tachar lo que no corresponda) presenta en el día de la fecha signos de sospecha de enfermedad rábica.

Sello y Firma del veterinario

En caso de que el animal observado presenta sintomatología compatible con rabia debe darse aviso de forma inmediata a Salud Pública (URESAs).



Ministerio de
Salud



ORIGINAL Nº(fecha/hora):

**Certificado de Observación Clínica de Animales Domésticos para Profilaxis de la
Rabia Ley 22.953**

ALTA MÉDICA

En la Ciudad de, provincia de Río Negro, a los días del
mes..... del año.....Certifico que el animal nombre.....,
especie....., color.....bajo la tenencia responsable
de.....DNI.....objeto de la presente observación, no presenta hasta
el día de la fecha signos de sospecha de enfermedad rábica, en virtud de lo cual, y
habiéndose cumplido el plazo de observación establecido por la legislación vigente, se
otorga el alta clínica.

Sello y Firma del veterinario

El Original de este documento deberá ser enviado mediante copia digital/física a la autoridad competente:
Municipio/ Comisión de fomento y/o URESA (Salud Ambiental).



Ministerio de
Salud



DUPLICADO Nº(fecha/hora):

**Certificado de Observación Clínica de Animales Domésticos para Profilaxis de la
Rabia Ley 22.953**

ALTA MÉDICA

En la Ciudad de, provincia de Río Negro, a los días del
mes..... del año.....Certifico que el animal nombre.....,
especie....., color.....objeto de la presente observación, no presenta hasta el
día de la fecha signos de sospecha de enfermedad rábica, en virtud de lo cual, y
habiéndose cumplido el plazo de observación establecido por la legislación vigente, se
otorga el alta clínica.

Sello y Firma del veterinario

Este documento duplicado deberá ser entregado al responsable del animal mordedor