

SOLICITUD DE TITULACIÓN DE RABIA

ESCRIBIR EN MAYÚSCULAS EN IMPRINTA DE MANERA LEGIBLE

NOMBRE CENTRO VETERINARIO:				ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO			
NOMBRE MÉDICO CLÍNICO:				PROTOCOLO #			
NOMBRE Y APELLIDO PROPIETARIO:							
NOMBRE DEL PACIENTE:				DESTINO:			
NÚMERO DE MICROCHIP DEL PACIENTE:				FECHA DE IMPLANTACIÓN DEL CHIP:		FECHA DE EXTRACCIÓN DE SUERO:	
ESPECIE CANINO FELINO		SEXO M H	TUBOS O CONTENEDORES ENVIADOS	POR FAVOR ENVIAR DOS TUBOS DE 4ML. POR PACIENTE		FECHA DE ÚLTIMA VACUNA DE RABIA:	
RAZA		EDAD O FECHA DE NACIMIENTO			FECHA DE LA PRIMERA VACUNA DE RABIA:		

PACIENTE VACUNADO ANUALMENTE: SI ☐ NO ☐

*recomendación: el paciente debe por lo menos tener colocada la vacuna de rabia al menos 35 días antes de la toma de muestra. Revisar requisitos de envío de muestras para rabia.

DATOS DEL PROPIETARIO

DIRECCIÓN DE DOMICILIO DE PERMANENCIA DEL PACIENTE: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

NÚMERO DE CONTACTO: _____

YO, _____ DECLARO QUE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA ES CORRECTA Y HA SIDO VERIFICADA.

FIRMA Y SELLO
CI:

REGISTRO SENESCYT:

TERMINOS Y CONDICIONES DE ENVÍO Y ACEPTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Yo, _____, con cédula de identidad _____, estoy de acuerdo con el envío de la muestra, procesamiento y los resultados emitidos. Estoy consciente de que cualquier hecho o circunstancia que se presente, tanto en el desplazamiento de la muestra al lugar de destino para el procesamiento, retención y no liberación por parte de la aduana del país, el laboratorio Diagnovet no puede responsabilizarse de tales acontecimientos. El laboratorio Diagnovet se hace responsable de la verificación de la aptitud de la muestra, del empaquetamiento, envío, seguimiento y entrega de resultados por parte del laboratorio asociado en el tiempo que éste haya estipulado. Además de estar consciente de que las muestras enviadas son pagadas con anticipación y no hay opción a anular los estudios una vez pagados o enviados.

Para los efectos legales pertinentes, suscribo el presente documento, hoy _____ del 20____, en la ciudad de _____

FIRMA Y SELLO
CI:

REGISTRO SENESCYT:

CLAUSULA: ES OBLIGATORIO LA PRESENTACIÓN DE ESTA ORDEN MÉDICA Y LA FIRMA DE LAS CONDICIONES DE ENVÍO Y RESULTADOS PARA SER ENVIADA A TITULAR, CASO CONTRARIO NO SE PROCEDERA A RECIBIR LA MUESTRA. UNA VEZ ENVIADA LA MUESTRA NO HAY OPCIÓN A CAMBIOS O MODIFICACIONES EN LA INFORMACIÓN. CUALQUIER CAMBIO O MODIFICACIÓN TIENE UN COSTO ADICIONAL.