



**LABORATORIO  
CLINICO  
VETERINARIO**



Rabies Antibody Titer for Exp Animals – FAVN – OIE  
Kansas State Veterinary Diagnostic Laboratory  
Manhattan, Kansas .United States of America  
Tel. (785) 532-4483/4426

V3-08-2018

### ACTA DE TOMA DE MUESTRA PARA TÍTULOS DE ANTICUERPOS DE LA RABIA

<b>País de destino de la mascota:</b>	
<b>Nombre y Apellidos del propietario:</b>	
<b>Identificación o Nombre de la mascota :</b>	
<b>Número del Microchip. (Escríbelo de a 3 dígitos)</b>	/ / / /
<b>Fecha de Toma de la muestra D/M/A:</b>	/ /
<b>Especie / Raza:</b>	/
<b>Sexo / Color de la mascota:</b>	Macho <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> <b>Color:</b>
<b>Estado de la mascota: Entero(a) / Castrado (a)</b>	Enter@ <input type="checkbox"/> Castrad@ <input type="checkbox"/>
<b>Fecha de Nacimiento: D/M/A:</b>	/ /
<b>Fecha de vacunación contra rabia: D/M/A:</b>	/ /
<b>Nombre de vacuna / Laboratorio/ Lote:</b>	/ /
<b>Fecha implantación del Microchip. D/M/A:</b>	/ /
<b>Número de identificación del propietario:</b>	/CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasap <input type="checkbox"/>
<b>Dirección en Colombia:</b>	
<b>Teléfono en Colombia / Teléfono País destino:</b>	/
<b>Correo Electrónico del propietario</b>	
<b>DATOS DEL MUESTREO:</b>	
<b>Clinica o Centro Veterinario / Ciudad</b>	/
<b>Correo Electrónico de la clinica veterinaria</b>	
<b>Profesional Que toma la Muestra / TP</b>	
<b>Firma Profesional que toma la muestra</b>	
<b>Tel. del Profesional que toma la muestra</b>	
<b>Firma Propietario o asistente de la mascota</b>	
<b>Fecha diligenciamiento de esta acta D/M/A:</b>	/ /

**Atención** . Este documento sólo es válido con las firmas y sello del veterinario que toma la muestra y del propietario o asistente de la mascota. Escriba muy claro de lo contrario la interpretación quedará a criterio del personal que transcribe esta orden en TEST Laboratorio sas.