**CERTIFICADO DE SALUD PARA LA EXPORTACIÓN DE ANIMALES DE COMPAÑÍA (PERROS, GATOS Y HURONES)**

**1) Identificación del animal de compañía**

Nombre:

Especie:

Raza:

Sexo:

Color:

Fecha de nacimiento o edad:

N° de microchip:

Fecha de aplicación del microchip:

Sitio de aplicación del microchip:

**2) Identificación del propietario**

Nombre:

RUT:

Teléfono:

Dirección:

**3) El médico veterinario que suscribe certifica que el animal de compañía:**

Se encuentra clínicamente sano al examen físico, sin presentar tumoraciones, heridas frescas o en proceso de cicatrización, ni signo alguno de enfermedades infectocontagiosas, cuarentenables o transmisibles, ni presencia de parásitos externos y ha sido tratado contra estos últimos.

Fecha de la inspección física del animal de compañía:

(No debe ser mayor a 10 días previos a la fecha del embarque)

-------------------------------------------------------

Firma y timbre del médico veterinario

(Adjuntar la información sanitaria de acuerdo al anexo correspondiente según especie.)

**ANEXO 1**

**Información del programa de vacunación y desparasitación para FELINOS**

**Vacunación**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre vacuna | Tipo vacuna\*\* | Laboratorio | N° serie vacuna | Fecha vacunación | Vigencia vacuna |
| Panleucopenia |  |  |  |  |  |  |
| Rinotraqueitis |  |  |  |  |  |  |
| Calicovirus |  |  |  |  |  |  |
| Antirrábica\* |  |  |  |  |  |  |

\* Debe estar respaldada por el certificado original de vacunación antirrábica.

\*\* Tipo: vacuna viva modificada, vacuna inactivada o vacuna mixta.

**Desparasitación**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre Producto | Laboratorio | Principio activo | Lote | Fecha desparasitación | Hora desparasitación |
| Interna |  |  |  |  |  |  |
| Externa |  |  |  |  |  |  |

**Si el destino final del animal de compañía es Finlandia, Reino Unido, Irlanda o Malta se deberá aplicar un tratamiento antiparasitario efectivo contra el *Echinococcus multilocularis*.**

Datos del médico veterinario firmante

Nombre:

RUT:

Teléfono:

Dirección:

Fecha de la inspección física del animal de compañía:

(No debe ser mayor a 10 días previos a la fecha del embarque)

-------------------------------------------------------

Firma del médico veterinario

Nota: Los requisitos específicos según el destino deben adjuntarse a este certificado.

**ANEXO 2**

**Información del programa de vacunación y desparasitación para** **CANINOS**

**Vacunación**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre vacuna | Tipo vacuna\*\* | Laboratorio | N° de serie vacuna | Fecha vacunación | Vigencia vacuna |
| Distemper |  |  |  |  |  |  |
| Adenovirus (Hepatitis) |  |  |  |  |  |  |
| Leptospira (L. canícola e icterohaemorrahagie) |  |  |  |  |  |  |
| Parvovirus |  |  |  |  |  |  |
| Parainfluenza |  |  |  |  |  |  |
| Coronavirus |  |  |  |  |  |  |
| Antirrábica \* |  |  |  |  |  |  |

\* Debe estar respaldada por el certificado original de vacunación antirrábica.

\*\* Tipo: vacuna viva modificada, vacuna inactivada o vacuna mixta.

**Desparasitación**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre Producto | Laboratorio | Principio activo | Lote | Fecha desparasitación | Hora desparasitación |
| Interna |  |  |  |  |  |  |
| Externa |  |  |  |  |  |  |

**Si el destino final del animal de compañía es Finlandia, Reino Unido, Irlanda o Malta se deberá aplicar un tratamiento antiparasitario efectivo contra el *Echinococcus multilocularis*.**

Datos del médico veterinario firmante

Nombre:

RUT:

Teléfono:

Dirección:

Fecha de la inspección física del animal de compañía:

(No debe ser mayor a 10 días previos a la fecha del embarque)

-------------------------------------------------------

Firma del médico veterinario

Nota: Los requisitos específicos según el destino deben adjuntarse a este certificado.

**ANEXO 3**

**Información del programa de vacunación y desparasitación para HURONES**

**Vacunación**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre vacuna | Tipo vacuna\*\* | Laboratorio | N° de serie vacuna | Fecha vacunación | Vigencia vacuna |
| Antirrábica\* |  |  |  |  |  |  |

\* Debe estar respaldada por el certificado original de vacunación antirrábica.

\*\* Tipo: vacuna viva modificada, vacuna inactivada o vacuna mixta.

**Desparasitación**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre Producto | Laboratorio | Principio activo | Lote | Fecha desparasitación | Hora desparasitación |
| Interna |  |  |  |  |  |  |
| Externa |  |  |  |  |  |  |

Datos del médico veterinario firmante

Nombre:

RUT:

Teléfono:

Dirección:

Fecha de la inspección física del animal de compañía:

(No debe ser mayor a 10 días previos a la fecha del embarque)

-------------------------------------------------------

Firma del médico veterinario

Nota: Los requisitos específicos según el destino deben adjuntarse a este certificado.