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

**1) Identificación del animal de compañía:**

Nombre:

Especie: Raza: Sexo:

Color:

Fecha de nacimiento o edad: N° de microchip\*:

Fecha de implantación o lectura del microchip:

Sitio de implantación/lectura del microchip en el animal:

**\*Solo es obligatorio si el país de destino lo requiere.**

**2) Identificación del Dueño (Responsable en el registro Nacional de Mascotas):**

Nombre:

RUN/RUT: Teléfono:

Dirección:

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

1. 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.
2. Se encuentra inscrito o se ha solicitado su inscripción en el Registro Nacional de Mascotas.

**4) Datos del médico veterinario firmante:**

Nombre:

RUN/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**

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

**ANEXO 1**

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

1. **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.

1. **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*.**

**3. Datos del médico veterinario firmante:**

Nombre:

RUN/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**

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

**ANEXO 2**

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

1. **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.**

1. **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*.**

**3. Datos del médico veterinario firmante:**

Nombre:

RUN/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**

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

**ANEXO 3**

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

1. **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.

1. **Desparasitación**

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

**3. Datos del médico veterinario firmante:**

Nombre:

RUN/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**

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