GOBERNACION DE SUCRE
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION ANTIRRABICA DE PERROS Y GATOS

SA 19

Municipio: _____ Zona: U ___ R ___: _____ Fecha: _____

PROPIETARIO DEL ANIMAL	DIRECCION	TELEFONO	PERROS												GATOS			TOTAL ANIMALES VACUNADOS	FIRMA
			MACHOS					HEMBRAS											
			Menor de 3 meses	De 3 meses a 1 año	De 1 a 4 años	Mayor de 4 años	TOTAL MACHOS	Menor de 3 meses	De 3 meses a 1 año	De 1 a 4 años	Mayor de 4 años	TOTAL HEMBRAS	TOTAL PERROS	MACHOS	HEMBRAS	TOTAL GATOS		
TOTAL																		

Lote y fecha de vencimiento de la vacuna:		**No. Dosis aplicadas**: _____ No. Dosis perdidas por Reacción del animal: _____ Error en la dosificación: _____ Politica de frasco abierto: _____ **Total dosis perdidas**: _____
		Firma responsable: _____ Firma funcionario responsable: _____