

Registro Vacunacion IE 2.0

EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN N°5639 EXENTA DEL 18/08/2020 DEL DIRECTOR NACIONAL DEL SERVICIO AGRÍCOLA Y GANADERO, QUE DECLARA OBLIGATORIA VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA EQUINA, EL MÉDICO VETERINARIO QUE SUSCRIBE DECLARA LO SIGUIENTE:

INGRESE CONTRASEÑA *

Presione ENTER

IE.2021

Antecedentes del Veterinario

NOMBRE DEL MEDICO VETERINARIO FRANCISCA TORCHE	RUT DEL MEDICO VETERINARIO <i>(Ej.: 123456789-0)</i> 17366404-4	CORREO ELECTRONICO <i>Ingresar un correo valido</i> FRANTORCHEL@GMAIL.COM
--	--	--

Establecimiento / Propietario del Equino

REGION Metropolitana	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO HARAS MARISOL	RUP <i>Formato oficial (xx.x.xx.xxxx)</i> 13.5.01.0745
TIPO DE ESTABLECIMIENTO Haras	PROPIETARIO O RESPONSABLE DEL EQUINO MATIAS PEIRANO	RUT DEL PROPIETARIO/RESPONSABLE <i>(Ej.: 123456789-0)</i> 15314489-3

Antecedentes de la Vacuna

LABORATORIO DE FABRICACIÓN VETERQUIMICA	NOMBRE COMERCIAL DE LA VACUNA CABOLAN	N° DE SERIE DE LA VACUNA 0430321
--	--	--

Antecedentes del Equino

1

NOMBRE DEL EQUINO * LA REVANCHA	SEXO * Hembra	COLOR * Colorado	EDAD * 6 a 12 años
N° DE INSCRIPCIÓN	N° CHIP DEL EQUINO 939000001700192	DOSIS APLICADA * Vacunación Regular	FECHA DE APLICACIÓN * 2022-03-01

AGREGAR FOTOGRAFIA DEL EQUINO

SOLO equinos sin N° de Inscripción y N° de Chip, deben ingresar una fotografía

Haga clic aquí para subir el archivo. (<10MB)

RECUERDE GUARDAR RESPALDO PDF DEL REGISTRO, PREVIO AL ENVIO DEL FORMULARIO.

FORMULARIO VERSIÓN: 2.0

CONSULTAS: RUBEN.MOREIRA@SAG.GOB.CL; PATRICIO.PEREZ@SAG.GOB.CL