SAGARPA
SECRETARÍA DE AGRICULTURA, GANADERÍA, DESARROLLO RURAL, PESCA Y ALIMENTACIÓN

SENASICA
SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD, INOCUIDAD Y CALIDAD AGROALIMENTARIA

DESCRIPCIÓN DETALLADA

Sexo ☐ H ☐ M Firma:_____

Raza:_____

Chip _____ color:_____

Señas particulares:_____

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre:_____

Domicilio:_____

_____ Teléfono:_____

R.F.C._____ Firma:_____

DATOS DEL MÉDICO VETERINARIO AUTORIZADO

Nombre:_____

Correo Electrónico:_____

No. de Autorización SENASICA:_____

Cedula Profesional:_____ Teléfono:_____

Firma_____

DOMICILIO MÁS FRECUENTE DEL EQUINO

Nombre del inmueble:_____

Domicilio:_____

Delegación o Municipio:_____

_____C.P. :_____

Estado: _____ Teléfono:_____

DATOS DEL MÉDICO VETERINARIO OFICIAL QUE EXPIDE EL PASAPORTE

Nombre:_____

Cedula Profesional:_____Cargo:_____

Oficina de la SAGARPA en:_____

Firma:_____

INSTRUCCIONES DE LLENADO

Dibujar el contorno de las señas particulares utilizando un bolígrafo rojo para las marcas blancas (sólo en el primero) y un bolígrafo negro para los remolinos (X), cicatrices (→) y marcas de profeta (△). Tener especial cuidado con los remolinos de la cabeza, del cuello y del pliegue yugular, así como de los miembros anteriores y posteriores vistos por detrás. Una cicatriz permanente será indicada por una flecha dirigida hacia el sitio de la ubicación. Las marcas como tatuajes y fierros serán indicados con croquis. Las áreas despigmentadas de la cara y lo9s cascos serán rellenadas con rojo.

ESTE PASAPORTE ES INDIVIDUAL, INTRANSFERIBLE Y PARFA USO PERMANENTE DURANTE TODA LA VIDA DEL EQUINO QUE SE IDENTIFICA EN EL MISMO.

CONTROL SANITARIO

Pruebas de laboratorio para control de enfermedades infecciosas

Fecha	Enfermedad	Prueba	Laboratorio	Caso	Resultado	Firma MVZ	Vigencia

Registro de vacunas, toxoides y bacterinas

Fecha	Lugar/Municipio/ Estado	Enfermedad/ Vacuna	Lote	Firma MVZ	Vigencia

SAGARPA
SECRETARÍA DE AGRICULTURA, GANADERÍA, DESARROLLO RURAL, PESCA Y ALIMENTACIÓN

SENASICA
SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD, INOCUIDAD Y CALIDAD AGROALIMENTARIA

Tratamientos antiparasitarios externos e internos

Fecha	Lugar/Municipio/ Estado	Principio activo	Vía/ Método	Firma MVZ	Vigencia

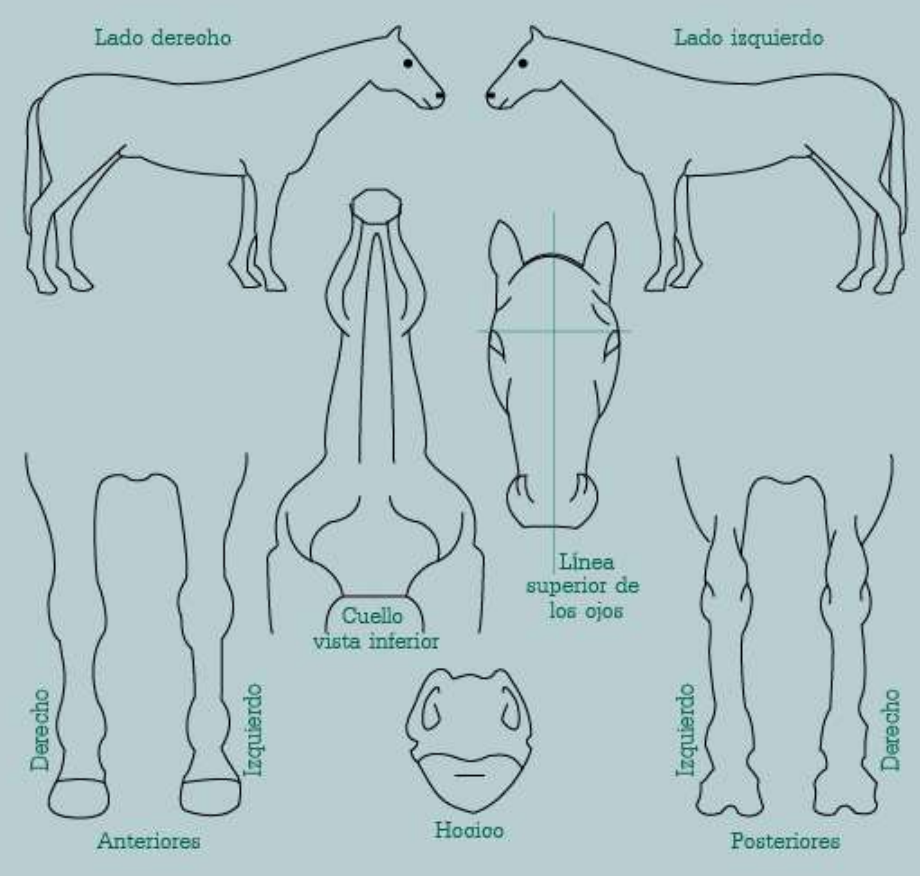
Tratamientos médicos de lesiones y otros

Fecha	Lugar/Municipio/ Estado	Lesión o padecimiento	Tratamiento Aplicado	Firma MVZ

Pasaporte Sanitario y de Identificación para caballos de deportes y espectáculos

Folio No. _____ Año de registro _____

Nombre del caballo _____

Fecha de nacimiento _____ (AAAA) _____ (MM)

RESEÑA