

SEGURO ECUESTRE

CERTIFICADO VETERINARIO CABALLOS N°

El propósito de este examen es identificar y examinar el caballo, objeto de este seguro, tanto en reposo como en ejercicio, de acuerdo con este certificado y reportar a la compañía de cualquier detalle médico en particular conocido u obtenido por Usted en el examen.

Yo _____, certifico que soy veterinario en ejercicio con dedicación a la clínica de caballos.

Fecha de examen:..... Lugar del examen:
 Propietario: Tif:
 Dirección:

Datos del caballo:

Nombre: Fecha de nacimiento: Años:
 Capa: Sexo: Raza:..... Uso:
 Padre: Madre:.....
 Lic/Pasaporte FEI num:
 N° Microchip:
 Base de datos del microchip:
 Stud Book Si No
 Comunidad Autónoma Si No
 Otra Si No

Examen en el box

Pulso :..... Temperatura: Respiraciones:
 Estado general y aspecto: Bueno Aceptable: Malo:
 Actitud: Tranquilo: Asustado: Triste: Agresivo:
 Boca: Normal Anormal
 Descarga nasal: Si No
 Ojos: Normal: Anormal:
 Piel: Heridas Si No
 Tumores Si No

Aparato Cardio-Respiratorio:

Mucosas: Normal Anormal
 Auscultación Cardíaca: Normal Anormal
 Venas yugulares: Normal Anormal
 Auscultación Ap.Respiratorio: Normal Anormal
 Disnea: Si No Tos: Si No
 Ruidos respiratorios: Si No
 Sistema nervioso: Normal: Anormal:
 Aparato Digestivo
 Hernias: Si No
 Evidencias de cirugía abdominal: Si No

Aparato Reproductor

Macho

Castrado: Testículos: 2 1 Ninguno

Yegua

Preñada Vacía Fecha probable del parto:

Aparato Musculoesquelético (indíquese extremidad/es afectadas)

Señales y/o historia de nectomía: Si No

Presencia de ceños: Si No

Palma plana: Palma convexa: Palma cóncava:

¿Cojeras? Si: No

Extremidades

Grado (0-5)

Trascendencia

A) Certifico que según el resultado del examen no se aprecia historia ni evidencia clínica que suponga un aumento del riesgo de mortalidad

B) Certifico que los resultados del examen indican que el riesgo de mortalidad puede verse incrementado debido a:

C) Certifico que los resultados del examen indican que el riesgo de mortalidad es inminente y/o elevado debido a :

Datos del veterinario:

Nombre y Apellidos:

Domicilio :

Colegiado en: N°:

Tlf:

Fax:email :

El certificado deberá tener una antigüedad máxima de 30 días con relación a la Propuesta de seguro. Por favor adjuntar fotocopia de la RESEÑA.