

**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL
SUBDIRECCIÓN DE CONTROL Y BIENESTAR ANIMAL
RECETA MÉDICA**

MVZ. _____ Fecha: _____

Cédula profesional: _____

Nombre del propietario: _____

Nombre de la mascota: _____ Sexo: M () H ()

Especie: Canino () Felino () Raza: _____

Peso: _____ Edad: _____

INDICACIONES:

FIRMA DEL MÉDICO VETERINARIO

**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL
SUBDIRECCIÓN DE CONTROL Y BIENESTAR ANIMAL
RECETA MÉDICA**

MVZ. _____ Fecha: _____

Cédula profesional: _____

Nombre del propietario: _____

Nombre de la mascota: _____ Sexo: M () H ()

Especie: Canino () Felino () Raza: _____

Peso: _____ Edad: _____

INDICACIONES:

FIRMA DEL MÉDICO VETERINARIO