

SEGURO DIAGONAL 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

Historial

¿Antecedentes de cirugía abdominal? (indicar número y diagnóstico):
 Si No No me consta

¿Antecedentes de cólicos en los últimos seis meses? (indicar numero y diagnóstico)
 Si No No me consta

¿Antecedentes de neumonías? (indicar fecha y tiempo de recuperación)
 Si No No me consta

¿Antecedentes de heridas graves? (indicar fecha y localización)
 Si No No me consta

¿Antecedentes de otras enfermedades? (indicar fecha y describir)
 Si No No me consta

¿Hay antecedentes o evidencia de vicios de cuadra?

Aerofagia: Si No No me consta

Coea Si No No me consta

Se pone de manos Si No No me consta

Se tira para atrás Si No No me consta

Alojamiento Box Prado

Lugar de alojamiento: (Domicilio, club, centro, yeguada....)

¿Sufre estrés en el transporte? Si No No me consta

Se desparasita cada meses, con

Se vacuna contra Influenza cada meses, con

Tétanos cada meses, con

..... cada meses, con

Hospitales de referencia para intervenciones quirúrgicas de urgencia

Tiempo estimado de acceso al Hospital

Aparato Digestivo :

Hernias: Si No
Evidencias de cirugía abdominal: 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 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 neurectomía: Si No

Presencia de ceños Si No

Palma plana Palma convexa Palma cóncava

¿Cojeras? Si No

Extremidades

Grado (0-5)

Trascendencia

Datos clínicos adicionales o de antecedentes no citados anteriormente. Otros comentarios:

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 : por lo que no aconsejo la realización de un seguro de riesgo de mortalidad.

Datos del veterinario:

Nombre y Apellidos:

Domicilio :

Colegiado en: con el N°:

Tlf: Fax:

e-mail :

Veterinario habitual del caballo Si No

En..... a de de

Firma y sello:

.....

NORMAS PARA RELLENAR EL CERTIFICADO

- 1.Utilice letra clara
- 2.Adjuntar fotocopia de la RESEÑA
- 3.Adjuntar fotocopia del documento que acredite la EDAD reflejada en el certificado
- 4.El original debe mandarse a

BLANCO MEDIADORES S.L. Correduría de Seguros
c/ Copenhague nº 12, 206- 28232 Las Rozas, Madrid

El certificado deberá tener una antigüedad máxima de 30 días con relación a la Propuesta de seguro