

Formulario para la realización de la prueba de titulación de anticuerpos antirrábicos neutralizantes (Form to realize the rabies antibody titer test)		
1. Nombre del hospital o clínica veterinaria solicitante del servicio (Name of the hospital or veterinary clinic requesting the service)		
2. Domicilio del hospital o clínica veterinaria solicitante del servicio (Address of the veterinary hospital or clinic requesting the service)	Calle (Street):	
	Número (Number):	
	Colonia/ Barrio (Colony / neighborhood):	
	Municipio/ Alcaldía/ Condado (Municipality / County)	
	Estado/ Provincia (State / Province)	
	Ciudad/ País (City/ Country)	
3. Número telefónico del hospital o clínica veterinaria solicitante del servicio (Telephone number of the hospital or veterinary clinic requesting the service)		
4. Correo electrónico del hospital o clínica veterinaria solicitante del servicio (E-mail address of the veterinary hospital or clinic requesting the service)		
5. Nombre del médico veterinario responsable de la toma de muestra (Name of the veterinarian responsible for the sample collection)		
6. Número de cédula profesional del médico veterinario responsable de la toma de muestra (Professional license number of the veterinarian responsible for the sample collection)		
6.1 Anexar copia de cédula profesional o del título profesional de médico veterinario responsable de la toma de muestra (Attach a copy of the professional license or professional title of the veterinarian responsible for the sample collection)		
7. Correos electrónicos donde solicita se envíe el resultado (E-mails where the result is requested to be sent)		
8. Nombre del propietario (Owner's name). Debe coincidir con el registro del microchip (Must match the microchip registration)		



9. Domicilio del lugar de procedencia de los animales (Address of the place of origin of the animals)	Calle (Street):			
	Número (Number):			
	Colonia/ Barrio (Colony / neighborhood):			
	Municipio/ Alcaldía/ Condado (Municipality / County)			
	Estado/ Provincia (State / Province)			
	Ciudad/ País (City/ Country)			
10. Fecha de la última vacunación contra la rabia: AAAA-MM-DD (Date of the last rabies vaccination: YYYY-MM-DD)		11. Nombre del laboratorio productor de la vacuna (Name of the laboratory producing the vaccine)		
12. Número de lote de la vacuna o folio del certificado de vacunación en caso de campaña (Batch number of the vaccine or folio of the vaccination certificate in case of campaign)		13. Fecha de caducidad de la vacuna: AAAA-MM-DD (Vaccine expiration date: YYYY-MM-DD)		
14. Anexar fotocopia de la cartilla de vacunación de la mascota donde aparezca de forma clara la información de los puntos 10 a 14 (Attach a photocopy of the pet's vaccination record clearly showing the information in items 10 to 14.)				
15. Información de la mascota (Pet's information)	Nombre de la mascota (Pet's name)			
	Número de microchip (Microchip number)			
	Especie (Species)			
	Raza (Breed)			
	Sexo (Sex)			
	Edad (Age)			
	Color (Color)			
16. Información de la muestra (Sample information)	Identificación de la muestra (Sample identification)			
	Fecha de toma de muestra (Date of sample collection)			
	Hora de toma de muestra (Time of sample collection)			
17. Requiere traducción de cortesía al inglés (Courtesy translation into English required)	Sí (Yes)		No (No)	



18. Lugar a donde viaja la mascota (Place where the pet travels)		19. Lugares a donde ha viajado la mascota durante los últimos seis meses (Places where the pet has traveled in the last six months)	
20. Fotografía de la mascota (Pet's photograph)			

ANEXO A. Certificado de toma de muestra en papel membretado de la clínica veterinaria (Certificate of sampling on the veterinary clinic's letterhead)