



KENNEL CLUB DE CHILE



SOLICITUD DE EXAMEN DE DISPLASIA DE CADERAS

PROPIETARIO:		RUT:		
TELEFONO:	MAIL:			
CO-PROPIETARIO		RUT:		
NOMB. EJEMPLAR:		KCC:		
RAZA:		FECHA NACIMIENTO		
		DIA	MES	AÑO
SEXO:	CHIP:			
ENVIAR RADIOGRAFIAS A:		Nombre profesional		Edad en meses ejemplar

FIRMA PROPIETARIO

FIRMA CO-PROPIETARIO

Quien(es) firma(n) certifica(n) que los datos registrados son fidedignos y autoriza(n) al Kennel Club de Chile a mantener copia del diagnóstico, a incluir los resultados de este examen en sus bases de datos, utilizarlos en estudios, incluirlos en sus informes, medios digitales y documentos que el Kennel Club de Chile estime conveniente; a la vez que acepta la normativa manifestada en el Reglamento de Crianza respecto a las acciones a seguir producto del resultado de este examen.

DATOS PROFESIONAL - CLINICA VETERINARIA DONDE SE REALIZARON LAS RADIOGRAFIAS

CLINICA:		RUT:	
TELEFONO	MAIL:		
PROFESIONAL:		RUT:	

El profesional que firma certifica que en la fecha indicada se efectuaron las radiografías al ejemplar aquí identificado, y que en dichas radiografías se encuentra impresa la identificación correcta del animal por cuanto así lo comprobó.

FECHA RADIOGRAFIA		
DIA	MES	AÑO

FIRMA PROFESIONAL