FORMULARIO DE MEDICACIÓN A
Tratamientos de Urgencia
Con Medicación Controlada

A

CONCURSO : DISCIPLINA:
Fechas del Concurso:

<u>Para cumplimentar por el Veterinario de Tratamiento :</u>
Datos del caballo :

Nombre del caballo :
Persona Responsable :
Nº de Tarjeta de
Validación Deportiva o LIC :

Signos clínicos que requieren
el Tratamiento de Urgencia :

MEDICAMENTO Principio Activo	**NOMBRE COMERCIAL**	**RAZON ADMINISTRACION**	**DOSIS**	**VIA**	**FECHA & HORA**

Nombre de Veterinario y
Licencia de la RFHE : Firma : Fecha:

<u>Para cumplimentar por el Veterinario Oficial Nacional del Concurso :</u>

Nombre y Firma : Fecha :
Licencia de la RFHE :

El caballo es : ---APTO PARA COMPETIR ---NO APTO PARA COMPETIR

<u>Para cumplimentar por el Presidente de Jurado de Campo :</u>

-----PUEDE PARTICIPAR/ CONTINUAR PARTICIPANDO -----DEBE SER RETIRADO

Nombre del Presidente del Jurado:
Firma:
Fecha :