



**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**