



RURALES

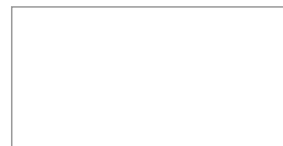
EXAMEN DE APTITUD REPRODUCTIVA POTENCIAL DE TOROS

Habilita exclusivamente para la Cobertura de Incapacidad para la Monta

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° _____

Cliente N° _____



SELLO DE ENTRADA

CERTIFICACIÓN

El abajo firmante, Dr. Dra. _____,

Médico Veterinario registrado con el N° _____ ante el Ministerio de Ganadería y Agricultura y Pesca, CERTIFICA que procedió a efectuar el Examen Andrológico al toro cuyos datos se detallan a continuación.

DATOS DEL PROPIETARIO

Apellidos _____ Nombres _____

Establecimiento _____

DICOSE _____ Paraje _____

Sec. Policial _____ Sec. Judicial _____ Departamento _____

DATOS DEL ANIMAL

Fecha nacimiento _____ Número de inscripción (Asociación Rural del Uruguay) _____

Tatuaje Oreja derecha izquierda número _____

Verija derecha izquierda número _____

Raza _____ **Dentición** _____

EXAMEN CLÍNICO GENERAL

Ojos <input type="checkbox"/>	Torax <input type="checkbox"/>	Patas <input type="checkbox"/>	Columna <input type="checkbox"/>
Boca <input type="checkbox"/>	Abdomen <input type="checkbox"/>	Pezuñas <input type="checkbox"/>	Mucosas <input type="checkbox"/>
Dientes <input type="checkbox"/>	Piel <input type="checkbox"/>	Articulaciones <input type="checkbox"/>	
Lengua <input type="checkbox"/>	Manos <input type="checkbox"/>	Aplomos <input type="checkbox"/>	Apto <input type="checkbox"/> No apto <input type="checkbox"/>

Condición corporal (escala de 1 a 8) _____ Peso vivo (kg.) _____

Comentarios _____

EXAMEN PARTICULAR DEL APARATO REPRODUCTOR

Prepucio <input type="checkbox"/>	Testículos <input type="checkbox"/>	Anillo inguinal <input type="checkbox"/>	Apto <input type="checkbox"/> No apto <input type="checkbox"/>
Pene <input type="checkbox"/>	Epididimos <input type="checkbox"/>	Vesículas seminales <input type="checkbox"/>	
Escroto <input type="checkbox"/>	Cordón espermático <input type="checkbox"/>	Ampollas <input type="checkbox"/>	

Circunferencia Escrotal (cm) _____

Comentarios _____



EXAMEN FUNCIONAL

Capacidad de Servicio Duración (minutos) N° de servicios Potencial de apareamiento

Prueba de Habilidad de Monta: Apto No apto

Apareamiento Inducción (deseo - impulso sexual)

Líbido

Subida

Abrazo

Golpe de riñón (estocada)

Búsqueda

Bajada

Refractariedad

Comentarios

EXAMEN SANITARIO

Fecha Brucelosis Laboratorio Resultado (obligatorio)

Fecha Tuberculosis Serie y N° Resultado (optativo)¹

Fecha/s Campylobacteriosis Resultado (optativo)²

Fecha/s Trichomoniasis Resultado (optativo)²

Otras enfermedades

Comentarios

CLASIFICACIÓN

En base a la interpretación de los resultados del examen andrológico, se trata de un toro

Potencialmente **satisfactorio o apto**

Insatisfactorio o no apto

Cuestionable o clasificación diferida, recomendando un nuevo examen en fecha

Fecha Firma Dr.

C.I. Aclaración de firma

Domicilio Particular

Dirección

Teléfono

Localidad Departamento

TIMBRE PROFESIONAL

DECLARACIÓN

Para acceder a la cobertura de INFERTILIDAD se deberá presentar los resultados de un ESPERMEOGRAMA COMPLETO, en base a muestra de semen extraída con fecha posterior al inicio de vigencia de la póliza.

Dicho examen lo realizará preferentemente el Laboratorio Miguel C. Rubino. El Banco de Seguros del Estado se reserva el derecho de aceptar los resultados de otro Laboratorio acreditado.

