



**Kansas State Veterinary
DIAGNOSTIC LABORATORY**

Kansas State University Rabies Laboratory - Manhattan, KS 66502

Spanish FAVN Report Form

Título de anticuerpos de rabia para animales de exportación

The Rabies Laboratory
Kansas State University
2005 Research Park Circle
Manhattan, KS 66502

Teléfono: 785-532-4483
Fax : 785-532-4474
Email: rabies@vet.k-state.edu
www.ksvdl.org/rabies

Para Uso del Laboratorio

Los resultados se presentarán en este formulario. Favor de completarlo en internet e imprimirlo. Información escrita a mano será sujeta a interpretación por parte del personal del laboratorio. Una vez entregada, la información no puede ser alterada*. Solo se debe ingresar la información de contacto de la clínica remitente.

Información indispensable aparece en fuente gruesa.

Destino del animal que se exporta: _____

Información del destino es solo para la distribución del reporte.

Clínica: _____ **Teléfono:** _____

Nombre del veterinario: _____ **Fax:** _____

Calle o Apdo.: _____ **Email:** _____
Street or PO Box

Ciudad: _____ **Estado/País:** _____ **Código postal:** _____
City State/Country Zip Code

Nombre del propietario: Primer Nombre _____ **Apellido** _____
First Name Last Name

Nombre del animal: _____

Número de microchip: _____ **Fecha de extracción de suero:** ____/____/____
Si existen dos números de microchip solo el primero aparecerá en el resultado de la prueba. Serum Draw Date (MM / DD / AAAA)

Especie/Raza: _____ **Sexo:** M F **Edad:** _____
Species/Breed Age

Historial de vacunación de rabia: _____

Historial de vacunaciones es solo para la referencia de nuestro Laboratorio. Favor de incluir hasta tres fechas de vacunación si disponibles.

Las muestras y datos proveídos se pueden utilizar para estudios científicos sin comprometer la confidencialidad del cliente. *No deseo participar*

Firma del veterinario: _____ **Fecha** ____/____/____
Esta firma establece que la información arriba es correcta y que el número de microchip ha sido verificado. (MM / DD / AAAA)
La prueba será cancelada si el tubo está sin etiqueta o si llega sin número de microchip*.

Para Uso Del Laboratorio

Payment Total: _____

STAT: Courier: International / Domestic

NBC: FedEx / UPS / DHL Account # _____

Para Uso Del Lab: Opened By: _____ Processed By: _____
Transferred By: _____ Payment Received: _____

*Favor de consultar las instrucciones para la entrega de una muestra de FAVN y el envío de los resultados en nuestra página web www.vet.ksu.edu/rabies. Este formulario completo constituye un contrato legal entre KSVDL y la clínica remitente. La clínica remitente es responsable por todos los cargos incurridos y será el recipiente de los resultados. Favor de consultar nuestra póliza de facturación. Los cargos pueden ser pagados con cheque a nombre de "KDAS", tarjeta de crédito, giro postal o transferencia bancaria electrónica. Un cargo de financiamiento de 1.5% será aplicado a todos los cargos con 30 días o más de vigencia
KSVDL-RAB-FAVN-F-23-1 Effective Date 6/01/2020