

Registro de Cría



Nombre de la Hembra	Raza:	Nombre de FCA:
Número de Mircrochip	Número de FCA	Fecha de Nacimiento
		/ /

Fecha de Inicio del celo: / /	Edad:
Fecha del último celo: / /	Período intercelo:

DOSAJE DE PROGESTERONA PLASMÁTICA (P4)

Fecha de extracción	/ /	/ /	/ /	/ /
Valor de la progesterone	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml
Fechas de Servicios Sugeridas	/ /	/ /	/ /	/ /

ANÁLISIS DE BRUCELOSIS	Fecha: / /	Resultado:
-------------------------------	------------	------------

FONDO DE VAGINA, CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA

Resultado:	Tratamiento:	Observaciones:

SERVICIOS	Natural / Asistido / I.A.	Observaciones
Fecha 1º Servicio: / /		
Fecha 2º Servicio: / /		
Fecha 3º Servicio: / /		
Fecha 4º Servicio: / /		

Nombre del Macho	Raza:	Nombre de FCA:
Número de Mircrochip	Número de FCA	Fecha de Nacimiento
		/ /
Propietario	Dirección / Código Postal	Teléfono

ANÁLISIS DE BRUCELOSIS	Fecha: / /	Resultado:
-------------------------------	------------	------------