



CERTIFICADO GINECOLOGICO

Examinador _____ Fecha

Vaca Vaquilla RP _____ HBP _____

Propietario _____ Establecimiento _____

Lugar _____ Departamento _____

Raza BRANGUS Edad _____ meses Fecha de Nac.

Color _____ Peso _____ kg. Marca _____

EXAMEN ESPECIAL

Vulva _____ Ligamento sacro-izquiatico _____

Diafragma Pelvica _____

Cervix (Portio) _____ Cervix (Longitud) _____

Ovario Derecho Longitud _____ Ancho _____ Espesor _____

Ovario Izquierdo Longitud _____ Ancho _____ Espesor _____

Oviductos _____

Bolsa ovárica (si es posible) _____

Inspección vaginal _____

Diagnóstico: Estado del ciclo estral / preñez o alguna condición anormal _____

Observaciones _____

Recibido por _____

Firma _____

Fecha _____

Firma del Profesional