



**Kansas State Veterinary  
DIAGNOSTIC LABORATORY**

Kansas State University Rabies Laboratory - Manhattan, KS 66502

# 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.ksu.edu  
[www.vet.ksu.edu/rabies](http://www.vet.ksu.edu/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\*.

**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:** \_\_\_\_\_

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado/País:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

City

State/Country

Zip Code

**Nombre del propietario:** Primer Nombre \_\_\_\_\_ **Apellido** \_\_\_\_\_

First Name

Last Name

**Nombre del animal:** \_\_\_\_\_

**Numero de microchip:** \_\_\_\_\_ **Fecha de extraccion de suero:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si existen dos numeros de microchip solo el primero aparecera en el resulatdo de la prueba.

Serum Draw Date

(MM / DD / AAAA)

**Especie/Raza:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** M F **Edad:** \_\_\_\_\_

Species/Breed

Age

**Historial de vacunacion de rabia:** \_\_\_\_\_

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

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

**Firma del veterinario:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Esta firma establece que la informacion arriba es correcta y que el numero de microchip ha sido verificado.*

(MM / DD / AAAA)

La prueba sera cancelada si el tubo esta sin etiqueta o si llega sin numero 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](http://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-23-0 Effective Date 07/05/2018