MINISTERIO DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y ALIMENTACIÓN

MINISTERIO DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y ALIMENTACIÓN
VICEMINISTERIO DE SANIDAD AGROPECUARIA Y REGULACIONES
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL PROGRESIVO DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS BOVINA
FORMULARIO DE SANIDAD ANIMAL 01

No. 00001

FSA-01 PROGRAMACIÓN DE PRUEBAS

FECHA: _____ / _____ / _____

CÓDIGO DE OPERADOR: _____

REF. BANCARIA: _____

FORMULARIO DE PROGRAMACIÓN PARA REALIZAR PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE BRUCELOSIS O TUBERCULOSIS BOVINA

☐ PRIMERA PRUEBA ☐ PRUEBAS DE SEGUIMIENTO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PRODUCTOR		DPI / NIT	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		CUE	
TELEFONO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	COMUNIDAD / ALDEA / POBLADO

El día _____ de _____ de 20 _____ a las _____ horas se presentará el M.V. _____ _____ en su finca, con una brigada del programa de Salud Animal, a fin de:

1. ( ) Obtener muestras de sangre de sus bovinos hembras y machos enteros mayores de un año, para efectuar el diagnóstico de brucelosis.

2. ( ) Aplicar la prueba de Tuberculinasis a sus bovinos hembras y machos enteros mayores de un año, para efectuar el diagnóstico de tuberculosis.

3. ( ) Obtener muestras de leche de los animales bovinos hembras que se encuentran en producción para efectuar actividades de vigilancia epidemiológica de la brucelosis

4. ( ) Vacunación para brucelosis.

En el caso de marcarse las actividades (1, 2 y 4), para el día y hora señalada en el presente documento, el propietario pondrá a disposición con el encargado de la finca, el ganado que se someterá a la realización de las pruebas o procedimiento de vacunación, a fin obtener la colaboración necesaria para el personal de la brigada sanitaria que llevará a cabo esta labor.

Todos los animales que se someterán a las pruebas deberán estar debidamente identificados para asegurar el seguimiento adecuado.

En el caso que se aplique Tuberculina, deberá reunir nuevamente el ganado a las 72 horas posteriores, para proceder a la lectura de esta prueba.

NOTA: Esta instrucción de trabajo será ejecutada por Médicos Veterinarios del Servicio Oficial o por Médicos Veterinarios habilitados o delegados, basados en el marco normativo que ampara el Programa Nacional de control progresivo de la Brucelosis y Tuberculosis bovina.

El Solicitante acepta sin limitaciones la aplicación estricta de lo establecido en el Marco Regulatorio vigente para el Control Progresivo de Brucelosis y Tuberculosis del MAGA.

1. BRUCELOSIS				2. TUBERCULOSIS			
TIPO DE PRUEBA	**No. DE ANIMALES**	**COSTO UNIDAD**	**COSTO TOTAL**	**TIPO DE PRUEBA**	**No. DE ANIMALES**	**COSTO UNIDAD**	**COSTO TOTAL**
Pruebas de serología (R.B.)		Q. 13.50	Q.	P. de tuberculina (A.C., D.C., C.S.)		Q. 15.75	Q.
Pruebas de ELISA confirmatorias		Q. 19.50	Q.	Prueba de Gamma Interferon		Q. 105.00	Q.
Pruebas de anillo en leche (P.A.L.)		Q. 10.00	Q.	Prueba ELISA-Ab oie		Q. 68.50	Q.
Aplicación de vacuna		Q. 13.50	Q.			Q.	Q.
		TOTAL	Q.			**TOTAL**	Q.

TOTAL A PAGAR:

Lo anterior, esta basado en el Acuerdo Gubernativo No. 576-84.

Nombre del productor / Representante legal _____ **Firma o huella** _____

Autoridad competente / M.V. Delegado _____ **Firma / Sello** _____

PROGRAMA NACIONAL PARA EL CONTROL PROGRESIVO DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS

Nota: Original Productor y Copia Funcionario / M.V. Delegado.

MINISTERIO DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y ALIMENTACIÓN

MINISTERIO DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y ALIMENTACIÓN
VICEMINISTERIO DE SANIDAD AGROPECUARIA Y REGULACIONES
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL PROGRESIVO DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS BOVINA
FORMULARIO DE SANIDAD ANIMAL 02

No. 00001

FSA-02 TUBERCULOSIS FORMULARIO DE CAMPO

PRIMERA VISITA
FECHA: _____ / _____ / _____

SEGUIMIENTO
FECHA: _____ / _____ / _____

☐ OFICIAL ☐ DELEGADO

PRUEBAS TUBERCULÍNICAS - AC / DC

☐ BOV ☐ OV ☐ CAP

ÚLTIMA FECHA (TB) APLICACIÓN PPD ____ / ____ / ____

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PRODUCTOR

DPI / NIT

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

CUE

TELEFONO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | COMUNIDAD / ALDEA / POBLADO

	DISPOSITIVOS DE IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL OFICIAL	SEXO	ANO CAUDAL		DOBLE COMPARATIVA (*M. Avium*)					DOBLE COMPARATIVA (*M. Bovis*)					RESULTADO FINAL
			(-)	(+)	mm INICIAL	mm FINAL	mm DIFERENCIA	(-)	(+)	mm INICIAL	mm FINAL	mm DIFERENCIA	(-)	(+)	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															

TOTAL DE ANIMALES TUBERCULINIZADOS | TOTAL DE ANIMALES NEGATIVOS | TOTAL DE ANIMALES POSITIVOS

FECHA DE TUBERCULINIZACIÓN ____ / ____ / ____ FECHA DE LECTURA ____ / ____ / ____

ANTÍGENO	LOTE	LABORATORIO	FECHA DE VENCIMIENTO
M. Avium			
M. Bovis			

_____
Nombre, sello y firma de M.V. Oficial o Delegado.

PROGRAMA NACIONAL PARA EL CONTROL PROGRESIVO DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS

Nota: Original Productor y Copia M.V. Oficial o Delegado

MINISTERIO DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y ALIMENTACIÓN

MINISTERIO DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y ALIMENTACIÓN
VICEMINISTERIO DE SANIDAD AGROPECUARIA Y REGULACIONES
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL PROGRESIVO DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS BOVINA
FORMULARIO DE SANIDAD ANIMAL 03

No. 00001

FSA-03 TUBERCULOSIS FORMULARIO DE CAMPO

SEGUIMIENTO
FECHA: _____ / _____ / _____

☐ ANO CAUDAL ☐ CERVICAL SIMPLE

☐ OFICIAL ☐ DELEGADO

PRUEBAS TUBERCULÍNICAS - AC / CS

☐ BOV ☐ OV ☐ CAP

ÚLTIMA FECHA (TB) APLICACIÓN PPD ____ / ____ / ____

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PRODUCTOR | DPI / NIT

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO | CUE

TELEFONO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | COMUNIDAD / ALDEA / POBLADO

	DISPOSITIVOS DE IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL OFICIAL	SEXO	(-)	(+)	RESULTADO FINAL		DISPOSITIVOS DE IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL OFICIAL	SEXO	(-)	(+)	RESULTADO FINAL	
1						26						
2						27						
3						28						
4						29						
5						30						
6						31						
7						32						
8						33						
9						34						
10						35						
11						36						
12						37						
13						38						
14						39						
15						40						
16						41						
17						42						
18						43						
19						44						
20						45						
21						46						
22						47						
23						48						
24						49						
25						50						

TOTAL DE ANIMALES TUBERCULINIZADOS: | TOTAL DE ANIMALES NEGATIVOS: | TOTAL DE ANIMALES POSITIVOS:

FECHA DE TUBERCULINIZACIÓN ____ / ____ / ____ FECHA DE LECTURA ____ / ____ / ____

ANTÍGENO	LOTE	LABORATORIO	FECHA DE VENCIMIENTO
M. Bovis			

Nombre, sello y firma de M.V. Oficial o Delegado.

PROGRAMA NACIONAL PARA EL CONTROL PROGRESIVO DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS

Nota: Original Productor y Copia M.V. Oficial o Delegado

MINISTERIO DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y ALIMENTACIÓN

MINISTERIO DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y ALIMENTACIÓN
VICEMINISTERIO DE SANIDAD AGROPECUARIA Y REGULACIONES
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL PROGRESIVO DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS BOVINA
FORMULARIO DE SANIDAD ANIMAL 04

No. 00001

FSA-04 ORDEN DE SACRIFICIO DE BOVINOS

FECHA: _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

ORDEN DE SACRIFICIO DE BOVINOS POSITIVOS A TUBERCULOSIS

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PRODUCTOR | DPI / NIT

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO | CUE

No.	DISPOSITIVOS DE IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL OFICIAL	OBSERVACIONES	No.	DISPOSITIVOS DE IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL OFICIAL	OBSERVACIONES
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SACRIFICIO | CUE

A. EMISIÓN DE ORDEN DE SACRIFICIO

Fecha: _____ / _____ / _____

Nombre y firma de M.V responsable

B. RECEPCIÓN DE ORDEN DE SACRIFICIO EN FINCA

Fecha: _____ / _____ / _____

Nombre y firma del propietario o encargado

C. RECEPCIÓN DE ANIMALES EN EL MATADERO

Fecha: _____ / _____ / _____

Nombre y firma de la persona responsable

D. RECEPCIÓN DOCUMENTOS MV O INSPECTOR

Fecha: _____ / _____ / _____

Nombre y firma de la persona responsable

E.I.: ELISA Indirecta, E.C.: ELISA Competitiva, F.C.: Fijación de Complemento

Se concede un plazo de _____ días, a partir de la fecha de emisión de esta orden para enviar al Establecimiento de Sacrificio correspondiente los animales identificados en el presente documento.

PROGRAMA NACIONALPARA EL CONTROL PROGRESIVO DE BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS

Nota: Original Productor, Copia M.V. oficial o Delegado, Copia Establecimiento de sacrificio.

MINISTERIO DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y ALIMENTACIÓN

MINISTERIO DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y ALIMENTACIÓN
VICEMINISTERIO DE SANIDAD AGROPECUARIA Y REGULACIONES
SISTEMA NACIONAL DE TRAZABILIDAD PECUARIA
FORMULARIO DE TRAZABILIDAD 02

No. 00001

FTZ-02 GUIASA

FECHA: _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN

GUÍA ÚNICA DE MOVILIZACIÓN
Y CONTROL SANITARIO

☐ CAMBIO DE PROPIEDAD ☐ SACRIFICIO CON FINES SANITARIOS ☐ EXPORTACIÓN

PAÍS DESTINO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA QUE DA ORIGEN AL MOVIMIENTO			DPI / NIT	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN			CUE ORIGEN	3 2 0
TELÉFONO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	COMUNIDAD / ALDEA	CASERÍO
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA PERSONA DE DESTINO			DPI / NIT	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE DESTINO			CUE DESTINO	3 2 0
TELÉFONO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	COMUNIDAD / ALDEA	CASERÍO

MOTIVO DEL TRASLADO: ☐ REPRODUCCIÓN ☐ ENGORDE ☐ EXPOSICIÓN ☐ SACRIFICIO ☐ TRABAJO ☐ OTRO:

CÓDIGO DE TRANSPORTISTA	LICENCIA DE TRANSPORTE	No. DE PLACA	NOMBRE DEL CONDUCTOR	LICENCIA DEL CONDUCTOR

ESPECIE		CANTIDAD		CANTIDAD		CANTIDAD		CANTIDAD		CANTIDAD	OTRA:	CANTIDAD
	BOVINA		PORCINA		EQUINA		OVINA		CAPRINA			

	DISPOSITIVOS DE IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL OFICIAL (DIIO)	SEXO M	SEXO H	RAZA / LÍNEA GENÉTICA	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (LOTE, TATUAJE, UNIDAD PRODUCTIVA, OTRA)	EDAD	SEXO M	SEXO H	RAZA / TIPO TALLA / CATEGORÍA	
1										1
2										2
3										3
4										4
5										5
6										6
7										7
8										8
9										9
10										10
11					FIERRO / MARCA					
12										
13										
14										
15										
16					CANTIDAD	DESCRIPCIÓN		V. UNITARIO	TOTAL	
17										
18										
19										
20					TOTAL A PAGAR				Q.	

Nombre y firma o huella índice del propietario

DPI /NIT

Nombre y firma o huella índice del comprador

DPI / NIT

Trazabilidad nos conviene a todos!

Este documento es intransferible y debe acompañar el embarque hasta su destino. Original Embarque - Destino, Copia 1 MAGA, Copia 2 Archivo emisor.