



# RURALES

## EXAMEN DE APTITUD REPRODUCTIVA POTENCIAL DE TOROS

### Habilita exclusivamente para la Cobertura de Incapacidad para la Monta

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° \_\_\_\_\_

Cliente N° \_\_\_\_\_



SELLO DE ENTRADA

### CERTIFICACIÓN

El abajo firmante, Dr. Dra. \_\_\_\_\_,

Médico Veterinario registrado con el N° \_\_\_\_\_ ante el Ministerio de Ganadería y Agricultura y Pesca, CERTIFICA que procedió a efectuar el Examen Andrológico al toro cuyos datos se detallan a continuación.

### DATOS DEL PROPIETARIO

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

Establecimiento \_\_\_\_\_

DICOSE \_\_\_\_\_ Paraje \_\_\_\_\_

Sec. Policial \_\_\_\_\_ Sec. Judicial \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ANIMAL

Fecha nacimiento  Número de inscripción (Asociación Rural del Uruguay) \_\_\_\_\_

**Tatuaje Oreja** derecha  izquierda  número \_\_\_\_\_

**Verija** derecha  izquierda  número \_\_\_\_\_

**Raza** \_\_\_\_\_ **Dentición** \_\_\_\_\_

### EXAMEN CLÍNICO GENERAL

Ojos <input type="checkbox"/>	Torax <input type="checkbox"/>	Patas <input type="checkbox"/>	Columna <input type="checkbox"/>
Boca <input type="checkbox"/>	Abdomen <input type="checkbox"/>	Pezuñas <input type="checkbox"/>	Mucosas <input type="checkbox"/>
Dientes <input type="checkbox"/>	Piel <input type="checkbox"/>	Articulaciones <input type="checkbox"/>	
Lengua <input type="checkbox"/>	Manos <input type="checkbox"/>	Aplomos <input type="checkbox"/>	<b>Apto</b> <input type="checkbox"/> <b>No apto</b> <input type="checkbox"/>

Condición corporal (escala de 1 a 8) \_\_\_\_\_ Peso vivo (kg.) \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

### EXAMEN PARTICULAR DEL APARATO REPRODUCTOR

Prepucio <input type="checkbox"/>	Testículos <input type="checkbox"/>	Anillo inguinal <input type="checkbox"/>	<b>Apto</b> <input type="checkbox"/> <b>No apto</b> <input type="checkbox"/>
Pene <input type="checkbox"/>	Epididimos <input type="checkbox"/>	Vesículas seminales <input type="checkbox"/>	
Escroto <input type="checkbox"/>	Cordón espermático <input type="checkbox"/>	Ampollas <input type="checkbox"/>	

Circunferencia Escrotal (cm) \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_



## EXAMEN FUNCIONAL

Capacidad de Servicio Duración (minutos) N° de servicios Potencial de apareamiento

Prueba de Habilidad de Monta: Apto  No apto

Apareamiento Inducción (deseo - impulso sexual)

Líbido

Subida

Abrazo

Golpe de riñón (estocada)

Búsqueda

Bajada

Refractariedad

Comentarios

## EXAMEN SANITARIO

Fecha Brucelosis  Laboratorio Resultado (obligatorio)

Fecha Tuberculosis  Serie y N° Resultado (optativo)<sup>1</sup>

Fecha/s Campylobacteriosis Resultado (optativo)<sup>2</sup>

Fecha/s Trichomoniasis Resultado (optativo)<sup>2</sup>

Otras enfermedades

Comentarios

## CLASIFICACIÓN

En base a la interpretación de los resultados del examen andrológico, se trata de un toro

Potencialmente **satisfactorio o apto**

**Insatisfactorio o no apto**

**Cuestionable** o clasificación diferida, recomendando un nuevo examen en fecha

Fecha  Firma Dr.

C.I.  Aclaración de firma

### Domicilio Particular

Dirección

Teléfono

Localidad  Departamento

TIMBRE PROFESIONAL

## DECLARACIÓN

Para acceder a la cobertura de INFERTILIDAD se deberá presentar los resultados de un ESPERMEOGRAMA COMPLETO, en base a muestra de semen extraída con fecha posterior al inicio de vigencia de la póliza.

Dicho examen lo realizará preferentemente el Laboratorio Miguel C. Rubino. El Banco de Seguros del Estado se reserva el derecho de aceptar los resultados de otro Laboratorio acreditado.

