

**FORMULARIO DE MEDICACIÓN B**  
**Tratamientos con Medicación no oral**  
**no incluidas en el Listado EPSL**



**B**

CONCURSO :    DISCIPLINA:  
 Fechas del Concurso:

**Para cumplimentar por el Veterinario de Tratamiento :**

**Datos del caballo :**

Nombre del caballo :  
 Persona Responsable :  
 Nº de Tarjeta de  
 Validación Deportiva o LIC :

**Signos clínicos que requieren  
 el Tratamiento :**

<b>MEDICAMENTO</b> Principio Activo	<b>NOMBRE</b> <b>COMERCIAL</b>	<b>RAZON</b> <b>ADMINISTRACION</b>	<b>DOSIS</b>	<b>VIA</b>	<b>FECHA &amp;</b> <b>HORA</b>

**Nombre de Veterinario y**  
**Licencia de la RFHE :**

**Firma :                      Fecha:**

**Autorización del Veterinario Oficial Nacional del Concurso :**

Nombre y  
 Licencia de la RFHE :

Firma :

Fecha y hora :