

Fecha: \_\_\_\_\_

ID del Animal (Sólo para uso del personal)

## Información del perro:

Nombre del perro: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (si se sabe): \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenina

Castrado o Esterilizado:  Sí  No  No se sabe

## Acerca de la historia de su perro:

¿Por cuánto tiempo ha vivido este perro con Ud.? \_\_\_\_\_

¿Dónde consiguió su perro? \_\_\_\_\_

Por favor explique por qué renuncia a la custodia de su perro: \_\_\_\_\_

## Acerca de los hábitos de su perro:

¿Cuando Ud. está en casa, dónde pasa el tiempo su perro?  Adentro  Afuera  Sale y entra

¿Cuando Ud. no está en casa, dónde pasa el tiempo su perro?  Adentro  Afuera  Sale y entra

Cuando el perro está adentro:  ¿Deambula libremente?  ¿Se le deja en un cuarto?  ¿En una jaula?

Otro: \_\_\_\_\_

Cuando está afuera, ¿cómo se confina al perro?

Jardín vallado

Área vallada para que corra (tamaño) \_\_\_\_\_

Valla eléctrica

No se confina

Atado con una cadena o un cable

Garaje

En general, ¿cuántas horas al día está a solas su perro? \_\_\_\_\_

¿Durante cuántas horas se siente cómodo estando a solas su perro? \_\_\_\_\_

¿Cómo se comporta cuando está a solas?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Descansa                      | <input type="checkbox"/> Aúlla                              |
| <input type="checkbox"/> Juega                         | <input type="checkbox"/> Escarba                            |
| <input type="checkbox"/> Camina de un lado a otro      | <input type="checkbox"/> Intenta escaparse. ¿Dedónde? _____ |
| <input type="checkbox"/> Mastica. ¿Queé mastica? _____ | <input type="checkbox"/> Ladra                              |
| <input type="checkbox"/> Lloriquea                     | <input type="checkbox"/> Otro: _____                        |

¿Cuál es la rutina de ejercicio de su perro?

---

¿Ha sido enjaulado su perro?  Sí  No

Si ha sido enjaulado, por favor describa su comportamiento en la jaula:

---

¿Usa una jaula su perro actualmente?  Sí  No

Si usa una, por favor explique cuándo:

---

¿Está su perro entrenado para hacer sus necesidades afuera de la casa?  Sí  No

¿A veces tiene accidentes su perro?  Sí  No

Si tiene accidentes:  Orina  Heces  Ambos

¿Cuándo tiene accidentes su perro?

---

Accidentes frecuentes, incluso cuando hay personas en la casa

Sólo tiene accidentes cuando está a solas durante (plazo de tiempo): \_\_\_\_\_

Sólo tiene accidentes ocasionalmente.

Explique:

---

¿Dónde hace sus necesidades el perro?  Jardín/patio  Durante caminatas  Orinal para perros

Otro: \_\_\_\_\_

¿Se ha escapado su perro de la casa o del patio alguna vez?  Sí  No

Si se ha escapado, por favor explique la(s) circunstancia(s):

## Acerca del comportamiento de su perro:

¿Le lleva a su perro al parque de perros?  Sí  No

Si le lleva, ¿cómo se comporta su perro en el parque de perros?

---

¿Disfruta su perro de jugar con perros afuera de la casa?  Sí  No  Sólo con perros con los que vive

¿Cómo saluda su perro a otros animales afuera de la casa o en general?

---

¿Ha vivido su perro con otros animales?  Sí  No

Si ha vivido con otros animales, por favor marque todas las especies:

Perros

Pollos

Mamíferos pequeños.

Gatos

Ganado

¿Estaban enjaulados los mamíferos?

Reptiles

Sí  No

Por favor describa la relación de su perro con cada mascota:

---

¿Ha peleado su perro con otro perro alguna vez?  Sí  No

Si ha peleado, ¿este incidente requirió atención veterinaria?  Sí  No

Si requirió atención veterinaria, por favor describa la situación:

---

¿La pelea involucró comida, juguetes, o cuero crudo?  Sí  No

¿Ha herido su perro a otro perro?  Sí  No

Si ha herido a otro perro, ¿en qué parte del cuerpo le hirió?:

---

¿Qué tan grave fue la herida? *Marque todos los que sean aplicables*

Moretón o rasguño

Múltiples mordidas graves/fue un ataque

Mordida (que penetró la piel)

Otro: \_\_\_\_\_

Múltiples mordidas (que penetraron la piel)

¿Cuál es la actividad/el juego favorito de su perro?

---

¿Cuáles son los juguetes favoritos de tu perro?

---

¿Quién es el acompañante favorito de su perro?

---

¿Cómo demuestra afecto su perro generalmente?

---

Generalmente, cómo saluda su perro a desconocidos en la casa?

---

¿Cómo saluda su perro a desconocidos afuera de la casa en general?

---

¿Cómo se comporta su perro en el veterinario?

---

¿Le ha gruñido su perro a Ud. o a otra persona?  Sí  No

Si ha gruñido a alguien, por favor explique:

---

¿Le ha mostrado los dientes su perro a Ud. o a otra persona?  Sí  No

Si ha mostrado sus dientes, por favor explique:

---

¿Le ha embestido su perro a Ud. o a otra persona?  Sí  No

Si ha embestido a alguien, por favor explique:

---

¿Le ha intentado morder su perro a Ud. o a otra persona?  Sí  No

Si ha intentado morder a alguien, por favor explique:

---

¿Ha demostrado el perro algún otro tipo de agresión hacia Ud. u otra persona?  Sí  No

Si se ha portado agresivo hacia alguien, por favor explique:

---

¿Le ha mordido su perro a Ud. o a otra persona?  Sí  No

Si ha mordido a alguien, por favor explique el(los) incidente(s) y en qué lugar del cuerpo le mordió:

---

¿Cuánto daño causó la mordida?

- Ningún daño
- Moretones/hinchazón/enrojecimiento
- Una penetración que no requería atención médica
- Múltiples penetraciones que no requerían atención médica
- Penetraciones que requerían puntos e intervención médica

¿Ha mordido su perro a alguien penetrándole la piel en los últimos 10 días?  Sí  No

Si la mordida penetró la piel, por favor escriba la fecha del incidente:

---

¿Tiene miedo de algo su perro? ¿De qué?

---

¿Cómo reacciona su perro cuando le da miedo?

---

¿Es sensible su perro cuando le acarician o tocan de alguna manera específica?  Sí  No

Si es sensible a alguna forma de tacto, por favor explique e incluya su manera de reaccionar:

---

¿Ha tenido experiencia con niños su perro?  Sí  No

Si ha tenido experiencia con niños, ¿de qué edades eran y bajo qué circunstancias?:

---

¿Recomienda que su perro viva en una casa con niños?  Sí  No

Si no, por favor explique:

---

¿Ha tenido su perro entrenamiento de obediencia?  Sí  No

Si ha sido entrenado, por favor explique (ej. Entrenamiento en casa, el nivel del entrenamiento):

---

¿Cuáles órdenes entiende y cuáles trucos sabe su perro?

---

¿Alguna vez ha trabajado un especialista de comportamiento, entrenador, u otro profesional con su perro?  Sí  No

Si ha trabajado con un profesional, ¿qué tipo de comportamiento se abordó?:

---

¿Cómo se comporta su perro cuando le llevan a caminar con correa?

Jala  Camina educadamente  No ha tenido experiencias con cadena

¿A qué tipo de equipo de entrenamiento está acostumbrado su perro?

Arnés

Dispositivo marcador

Líder amable

Collar que se aprieta

Collar que pellizca

Collar eléctrico

Otro: \_\_\_\_\_

¿Cómo responde Ud. cuando su perro hace algo que no le parece bien?

Correcciones verbales

Correcciones físicas

Redireccionar

Cambio de ambiente

Refuerzo positivo/entrenamiento sin uso de fuerza

Otro: \_\_\_\_\_

Por favor explique cualquier comportamiento que el/la nuevo/a adoptante debería saber, y bajo cuáles circunstancias podría ocurrir. (Por ejemplo: Masticar objetos, ladrar excesivamente, ansiedad por separación):

Si cree que su perro padece del trastorno de ansiedad por separación, por favor enumere los síntomas:

---

¿De qué manera(s) ha sido destructivo su perro en su casa?

---

¿Ha continuado este tipo de comportamiento?  Sí  No

Si ha continuado, ¿qué tan consistente ha sido?:

---

## Acerca de la salud de su perro:

¿Qué tipo de comida come su perro actualmente?

---

¿Cuál es el nombre de su clínica veterinaria?

---

¿Tiene su perro todas las vacunas actualizadas?  Sí  No

¿Tiene su perro algún problema médico?  Sí  No

Por favor explique el problema:

---

En los últimos 30 días, ¿ha tenido su perro alguno de los siguientes?:

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Toz        | <input type="checkbox"/> Diarrea              |
| <input type="checkbox"/> Estornudos | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina   |
| <input type="checkbox"/> Vómitos    | <input type="checkbox"/> Dificultad al orinar |

¿Tiene su perro alergias de piel?  Sí  No

Si tiene, ¿cuáles son los síntomas?

---

¿Las alergias han sido diagnosticadas por un veterinario?  Sí  No

Por favor escriba la diagnosis:

---

Están controladas por:  Dieta especial  Medicamentos  No controladas

Si las alergias no están controladas, ¿ha buscado una solución?  Sí  No

Por favor explique:

---

¿Ha sido su perro diagnosticado con una infección urinaria?  Sí  No

Si ha sido diagnosticado, ¿qué fue el resultado?

---

¿Padece su perro de convulsiones?  Sí  No

Si padece de convulsiones, ¿están controladas por medicamentos? (Por favor escriba el nombre y la dosis del medicamento.)

---

Si las convulsiones no están siendo controladas, ¿ha buscado medidas médicas para controlarlas?  Sí  No

¿Cuáles medidas?

---

**Por favor utilice el espacio a continuación para cualquier otra información adicional que Ud. quiera compartir acerca de su perro:**