DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

SERVICIO DE SALUD PÚBLICA CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ATLANTA, GEORGIA 30333

ANUNCIO PARA QUIENES SON DUEÑOS DE PERROS O LOS IMPORTAN

(Favo	r de usar letra de molde)			
PUER	TO DE ENTRADA - CIUDAD		Fecha (mm/dd/aaaa)	
NOMBR	E DEL PROPIETARIO	# DE PASAPORTE		
DIRECCIÓN COMPLETA Y TELÉFONO DEL DUEÑO		# DE LICENCIA DE CONDUCIR	ESTADO DONDE FUE EXPEDIDA	
		DIRECCIÓN EN LA QUE PERMAN	ECERÁN ENCERRADOS LOS PERROS	
Los	siguientes perros (cantidad, tipo, edad y descripci	ión):		
que lle	egaron en(Media da transporta, Namh	re del barco; # del vuelo de avión; placa del v	ohíaula)	
de	(iviedio de transporte - Nomb	•	se admiten en los	
	os Unidos, según las restricciones de la "section 71.51 of			
1.	1. Los perros permanecerán "encerrados" por días, tiempo en el cual completarán un período de 30 días desde la en la que recibieron la vacuna contra la rabia (§ 71.51 (c) (2) (i).)			
2.	 Los perros permanecerán "encerrados" hasta los tres meses de edad; luego serán vacunados contra la rabia y permanecerán "encerrados" otros 30 días después de la vacuna.(§ 71.51 (c) (2) (ii).) 			
3.	Los perros permanecerán "encerrados" hasta ser vacunados contra la rabia en el lugar de destino y permanecerán "encerrados" otros 30 días después de la vacuna. (§ 71.51 (c) (2) (iii).)			
	s restricciones anteriores son impuestas de acue mplimiento es necesario antes de que se autorica			
mi co	término "encerrado" usado anteriormente signific smo solamente en un edificio u otra estructura ce ntacto que sea necesario para su cuidado, o, si le ílla o correa".	errada, aislado de otros animales y de	e las personas, a excepción del	
A۱		nales por violar las leyes establecidas po uede recibir una multa de hasta \$250,000 asta \$100,000 si la ley se infringe pero na	si alguien muere como consecuencia	
	(Firma del funcionario del gobierno)	(Nombre: favoi	r de usar letra de molde)	
			(Título)	
Certi estoy adici	ración al funcionario del gobierno de los EE.UU. fico que soy el dueño (o el representante autorizado de v enterado de las restricciones indicadas anteriormente onal que sea ordenada por los departamentos de salue	e y que las respetaré. Asimismo, me comp	prometo a respetar cualquier medida	
Соріа	enviada a: Funcionario de salud estatal en el estado al cual se dirige.	(Firma del dueño o representante)	(Fecha -mm/dd/aaaa)	
	Estación de cuarentena de los EE.UU. (Vea el reverso)			