

New World Screwworm Inspection and Treatment Certificate for Horses Exported to the United States

I hereby certify that I, Dr. _____, an approved veterinarian authorized by SENASICA (MVRA), inspected and treated the animals intended for export to the United States listed below as follows.

1. Certificate Number:	2. Date of Inspection (DD/MM/YYYY):
3. Exporter (Name, Address, UPP):	4. State of Origin:
5. Total Number of Animals:	6. Premise where Inspection occurred:
	Name: Address: UPP:

Horse Identification

Identification by name and tattoo or microchip	Sex	Breed	Age	Color and marks	State of Origin

If more space is required, additional continuation pages may be added as needed

1. The animals listed above were thoroughly inspected by me on the date listed in box #1, 3-5 days prior to the date of shipment to an APHIS-approved import quarantine facility, and:
 - a. Were found to be free of screwworm and any visible wounds upon examination.
 - b. The animals were treated with injectable ivermectin or equivalent product approved by APHIS in advance (product name: _____ and dose: _____) according to the recommended dose on the product label on _____ (DD/MM/YYYY).*
2. Any animal found to have visible wounds was removed from the export lot.
3. When lesions consistent with screwworm infestation were detected, samples were sent to the laboratory CENAPA and confirmed negative for the presence of NWS before this document was issued. Any positive detections were immediately reported to SENASICA.

Name of the Approved Authorized Veterinarian (MVRA)	Signature and Seal of MVRA and Date of Issuance

*The date of inspection and date of treatment with ivermectin or equivalent product should be the same. Oral ivermectin paste that is formulated for horses and administered per the manufacturer's label may be used instead of injectable ivermectin.

This document is valid for a **maximum** of 5-days after the date of inspection and treatment listed above.

Expiration Date (DD/MM/YYYY): _____

Constancia de Inspección y Tratamiento para Gusano Barrenador del Ganado para la Exportación de equinos a los Estados Unidos

Por medio de la presente certifico que yo, MVZ. _____, Médico Veterinario Responsable Autorizado por SENASICA (MVRA), inspeccioné y apliqué tratamiento de la siguiente manera a los animales destinados a ser exportados a los Estados Unidos enlistados a continuación.

1. Número de constancia:	2. Fecha de la inspección (DD/MM/YYYY):
3. Exportador (Nombre, dirección, UPP):	4. Estado de origen:
5. Número total de animales:	6. Predio en donde se realizó la inspección:
	Nombre: Dirección: UPP:

Identificación del equino

Identificación por nombre y por su tatuaje o microchip	Sexo	Raza	Edad	Color y marcas	Estado de origen

Si se requiere más espacio, se puede agregar páginas adicionales de continuación según sea necesario.

1. Los animales enumerados anteriormente fueron inspeccionados minuciosamente por mí en la fecha indicada en el recuadro #1, de 3 a 5 días antes de la fecha de envío a una instalación de cuarentena de importación aprobada por APHIS, y:
 - a. Se encontraron libres de gusano barrenador y de heridas visibles al examinarlos.
 - b. Los animales fueron tratados con ivermectina inyectable o un producto equivalente aprobado por APHIS con anticipación (nombre del producto: _____ y dosis: _____) de acuerdo con la dosis recomendada en la etiqueta del producto el _____ (DD/MM/AAAA).*
2. Cualquier animal que tuviera heridas visibles fue retirado del lote de exportación.
3. Cuando se detectaron lesiones compatibles con una infestación por gusano barrenador, se enviaron muestras al laboratorio de CENAPA y se confirmó que la presencia del GBG era negativa antes de que se emitiera este documento. Cualquier detección positiva se informó de inmediato a SENASICA.

Nombre del MVZ Aprobado Autorizado (MVRA)	Firma y Sello del MVRA, y Fecha de Emisión

*La fecha de inspección y la fecha del tratamiento con ivermectina o del producto equivalente deben ser la misma. Se puede usar pasta de ivermectina oral formulada para caballos y administrada según las instrucciones del fabricante en lugar de ivermectina inyectable.

Este documento es válido por un **máximo** de 5 días a partir de la fecha de inspección y del tratamiento indicada anteriormente.

Fecha de Vencimiento (DD/MM/AAAA): _____