



Heifer Calf Health Card (Tarjeta lechera de becerras)

National Animal Health
Monitoring System

2150 Centre Ave, Bldg B
Fort Collins, CO 80526

Animal and Plant Health
Inspection Service

NAHMS Dairy 2014

Form Approved
OMB Number 0579-0205
Approval expires: 09/30/2016

Veterinary Services

NAHMS ID: _____ H101		< LABEL (LA ETIQUETA) >		Breed: <input type="checkbox"/> 1 Holstein <input type="checkbox"/> 2 Jersey <input type="checkbox"/> 3 Other (otra) H102 (Raza)	
Dam ID: _____ (ID de la madre) H101a				Dam lactation: <input type="checkbox"/> 1 st <input type="checkbox"/> 2 nd <input type="checkbox"/> 3 rd or higher H102a (lactancia de la madre) (1 ^{era}) (2 ^{da}) (3 ^{era} o más)	
Birth Data (Datos de nacimiento)					
Date of birth: ___/___/___ (mm/dd/yy) H103 (fecha de nacimiento) (mes/día/año)		Birth weight: _____ cm _____ lb H104/H105 [Use supplied calf growth tape when calf is dry] (Pesa al nacer) (libras) [Use la cinta de crecimiento provista cuando la becerro esta seca]			
Calving ease: (Grado de distocia/facilidad de parto)	<input type="checkbox"/> 1 Unassisted (no asistido) H106	Number of calves born: (Numero de nacidos)	<input type="checkbox"/> 1 Single (única)		
	<input type="checkbox"/> 2 Easy—1 person (fácil de extraer—una persona)		<input type="checkbox"/> 2 Twins (mellizos)		
	<input type="checkbox"/> 3 Difficult—2 or more people (difícil de extraer—2 o más personas)		<input type="checkbox"/> 3 Triplet (trillizos) H107		
	<input type="checkbox"/> 4 Mechanical/surgical extraction (extracción mecánica o quirúrgica)	Was the navel disinfected? (¿El ombligo desinfectado?)	<input type="checkbox"/> 1 Yes (sí) What product? _____ ¿Qué producto?		
Who attended the calving event? ¿Quién asistiendo el evento de parto?	<input type="checkbox"/> 1 Male (hombre)		<input type="checkbox"/> 3 No H109/H1090TH		
	<input type="checkbox"/> 2 Female (mujer)				
	<input type="checkbox"/> 3 Unattended (nadie asistido) H108				
Colostrum Feeding Data (Datos de la alimentación de calostro)					
Colostrum given? (¿Administró calostro?) H110		<input type="checkbox"/> 1 Yes (sí) <input type="checkbox"/> 3 No			
Colostrum sample collected for quality testing? (¿Recolectó una muestra y evaluó la calidad de calostro?) H111		<input type="checkbox"/> 1 Yes (sí) <input type="checkbox"/> 3 No			
Brix reading (if done on farm)? (¿Efectuó una lectura de Brix en la lechería?) H112		_____ %			
Source of colostrum? (¿Fuente de calostro?) H113		<input type="checkbox"/> 1 Dam of calf (madre de la Becerra) <input type="checkbox"/> 2 Other dam (otra madre) <input type="checkbox"/> 3 Pooled (múltiples madres)			
Was colostrum pasteurized? (¿Pasteurizó el calostro?) H114/H115		<input type="checkbox"/> 1 Yes (sí) If yes, what temperature? _____°F/C please circle F or C <input type="checkbox"/> 3 No (¿En caso afirmativo, que temperatura?) (Marque con un circulo F o C)			
How many hours after birth until colostrum was given? (¿Cuántos horas después del nacimiento administró el primer calostro?) H116		_____ hours (horas)			
Volume (in quarts) of first feeding: (Volumen, en cuartos, en la primera administración:) H117		_____ qt (cts.)			
Total colostrum given in first 24 hours (quarts): (Volumen total (cts.) administrado en las primeras 24 horas): H118		_____ qt (cts.)			
Method of feeding the majority of colostrum? (¿Método de administración de calostro?) H119		<input type="checkbox"/> 1 Bottle (botella) <input type="checkbox"/> 2 Esophageal feeder (sonda intraesofagica)			
Prewearing Data (Datos de Pre-Destete)					
What is the gender of the person responsible for calf health? (¿Sexo de la persona responsable de monitorear los nacimientos?) H120		<input type="checkbox"/> 1 Male (Hombre) <input type="checkbox"/> 2 Female (Mujer)			
Housing (Instalaciones) H121/H122		<input type="checkbox"/> 1 Individual hutch/pen (jaulas individuales) <input type="checkbox"/> 2 Group pen (corral grupal)		Number in group pen _____ (numero en corral grupal)	
Which of the following best describes ventilation of calf housing? (¿Cuál describe el mejor la ventilación de los instalaciones de los nacimientos?) H123		<input type="checkbox"/> 1 Natural/outside ventilation (Ventilación natural/afuera) <input type="checkbox"/> 2 Positive pressure tubes (Tubos de presión positivo) <input type="checkbox"/> 3 Cross ventilation (Ventilación mixta)			
Which of the following best describes the bedding used for the majority of the preweaning period? (¿Cuál describe el mejor la cama usada para la mayoría del período destete?) H124/H1240TH		<input type="checkbox"/> 1 Straw (la paja) <input type="checkbox"/> 2 Shavings (las virutas) <input type="checkbox"/> 3 Sand (la arena) <input type="checkbox"/> 4 Manure biosolids (los bio-sólidos del estiércol) <input type="checkbox"/> 5 None (Nada) <input type="checkbox"/> 6 Other (otro) _____			
Dehorned? [If yes, write the date and describe drugs used.] (Descornado? [anote fecha y drogas usados en caso afirmativo]) H125/H126		<input type="checkbox"/> 1 Yes (sí) ___/___/___ <input type="checkbox"/> 3 No		Medications for dehorning: <input type="checkbox"/> 1 Lidocaine (Drogas de descornado:)	
At what date was the calf first offered: (¿En qué fecha le ofreció a la Becerra:) H128/H129/H130/H131 Please attach a starter label. (Por favor adjunte la etiqueta de alimento iniciador.)		Water (Agua) ___/___/___	Starter feed ___/___/___ (Alimento iniciador)	_____ % protein (proteína) Hay ___/___/___ (Heno)	

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0579-0205. The time required to complete this information collection is estimated to average 0.50 hours per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information.

NAHMS-305
Jan 2014

ATTACH LABELS HERE

Adjuntó las etiquetas aquí

NAHMS Dairy 2014 Preweaned Heifer Calf Study Heifer calf ID: _____

Milk Feeding (Alimentación con Leche) MR = milk replacer (SL = sustituto lácteo)				
Milk replacer or whole (waste or saleable) milk? (¿Sustituto lácteo o leche entera?)	H132	<input type="checkbox"/> 1 Replacer (sustituto) <input type="checkbox"/> 2 Whole/waste milk (leche entera/ leche desperdicio) <input type="checkbox"/> 3 Both (ambos)		
If MR is fed, what is the formulation? How many ounces of powder is fed per feeding? Please attach milk replacer label. (Si administró SL, ¿qué es la formulación? ¿Cuántas onzas del polvo administró por alimentación? Por favor adjunte la etiqueta de SL.)		Formulation: _____% protein (proteína) / _____% fat (grasa) (Formulación:) Amount fed: _____ ounces (onzas) (cantidad administró)	H133a/ H133b/ H133c	
Acids/preservatives added to milk or MR? (¿Agregó ácidos o preservativos a la leche o SL?)	H134/H134OTH	<input type="checkbox"/> 1 Yes (sí) Please specify: <input type="checkbox"/> 3 No (por favor especifique)		
Coccidiostats added to milk or MR? (¿Agregó coccidiostáticos a la leche o SL?)	H135/H135OTH	<input type="checkbox"/> 1 Yes (sí) Please specify: <input type="checkbox"/> 3 No (por favor especifique)		
Any other additives added to milk or MR? (Agrego otros aditivos a la leche o SL?)	H136/H136OTH	<input type="checkbox"/> 1 Yes (sí) Please specify: <input type="checkbox"/> 3 No (por favor especifique)		
Was milk pasteurized? (¿Pasteurizo la leche?)	H137/H137OTH	<input type="checkbox"/> 1 Yes (sí) Please specify the time and temperature: <input type="checkbox"/> 3 No (por favor especifique la cantidad de tiempo y la temperatura)		
Are bacteria counts in the milk evaluated? (¿Evaluó los números de bacterias en la leche?)	H138/H138OTH	<input type="checkbox"/> 1 Yes (sí) Please specify last level: <input type="checkbox"/> 3 No (por favor especifique la nivel final:)		
Which of the following milk delivery systems were used for this calf? (Check all that apply.) ¿Cuáles de las sistemas de administración de leche uso para esta becerria? (marque todos que aplique)	H139	<input type="checkbox"/> 1 Bottle (botella) <input type="checkbox"/> 2 Bucket/pail (la cubeta) <input type="checkbox"/> 3 Milk bar (barra de leche) <input type="checkbox"/> 4 Robotic (el robótico)		
Milk Consumption Record (Registro de Consumo de Leche)				
Calf age in weeks (Edad de Becerra en semanas) (Example: Week 1- Week 3) (Ejemplo: Semana 1- Semana 3)	Amount of milk offered [qts.] (Cantidad de leche ofrecida [cts.]) (<u> 2 </u> qt (cts.))	Frequency per day (Frecuencia cada día) (<u> 2 </u> times per day (veces por día))		
H140	_____ qt (cts.)	H141	_____ times per day (veces por día) H142	
H143	_____ qt (cts.)	H144	_____ times per day (veces por día) H145	
H146	_____ qt (cts.)	H147	_____ times per day (veces por día) H148	
H149	_____ qt (cts.)	H150	_____ times per day (veces por día) H151	
H152	_____ qt (cts.)	H153	_____ times per day (veces por día) H154	
Preweaning Growth Record (Registro de Crecimiento Previo al Destete)				
Use supplied Calf Growth Tape (Use la cinta de crecimiento provista)				
Calf age (Edad de Becerra)	Date (Fecha)	Weight (Pesa)		Hip Height (Altura) (cm)
		Cm	Lb (libras)	
~2 weeks of age (~2 semanas de edad)	___/___/___	H155	H160 H165	H170
~4 weeks of age (~4 semanas de edad)	___/___/___	H156	H161 H166	H171
~6 weeks of age (~6 semanas de edad)	___/___/___	H157	H162 H167	H172
~8 weeks of age (~8 semanas de edad)	___/___/___	H158	H163 H168	H173
At weaning	___/___/___	H159	H164 H169	H174
Biologic Sampling Record (Registro de Muestras Biológicas)				
1 to 5 days after birth (1 a 5 días después de nacimiento)		Date (Fecha)		
Blood drawn for total protein (Extracción de sangre para evaluación de proteínas totales)		___/___/___ H175		
Ear notch for BVD testing (Muesca de oreja para prueba de BVD)		H176/H177	___/___/___	BVD result <input type="checkbox"/> 1 Negative (Negativo) (Resultos de BVD) <input type="checkbox"/> 3 Positive (Positivo)
2 to 4 weeks after birth (2 a 4 semanas después de nacimiento)		Date (Fecha)		
Was a fresh fecal sample collected? (¿Colegió una muestra de material fecal fresca?)		H179	___/___/___	H180
Vaccinations (Vacunaciones)	Brand name (Marca comercial)	Date of administration (Fecha de administración)		
	H181	___/___/___ H182		
	H183	___/___/___ H184		
	H185	___/___/___ H186		
	H187	___/___/___ H188		
	H189	___/___/___ H190		

Disease Incidence and Treatment (Incidencia de Enfermedades y Tratamientos)

Enter date of illness and/or treatment. (Pone la fecha de enfermedades y/o tratamiento.)

Check all boxes that apply for this occurrence [one column per disease event].

(Marque todas las casillas que aplican para este evento [una columna por evento de enfermedad].)

Date illness started (Fecha Inicial de la enfermedad)	__/__/__ H191	__/__/__ H212	__/__/__ H233	__/__/__ H254	__/__/__ H275	__/__/__ H296
Final treatment date (Fecha Final del tratamiento)	__/__/__ H192	__/__/__ H213	__/__/__ H234	__/__/__ H255	__/__/__ H276	__/__/__ H297
Initial Signs (Signos Clínicos):						
Initial temperature (°F) (Temperatura) (Write in NA if not taken.) (anote NA si no se ha registrado)	H193	H214	H235	H256	H277	H298
Listless, droopy ears, dull, off feed (Apatía, orejas caídas, deprimida, no se alimenta)	<input type="checkbox"/> H194	<input type="checkbox"/> H215	<input type="checkbox"/> H236	<input type="checkbox"/> H257	<input type="checkbox"/> H278	<input type="checkbox"/> H299
Dehydrated, sunken eyes (Deshidratación, ojos hundidos)	<input type="checkbox"/> H195	<input type="checkbox"/> H216	<input type="checkbox"/> H237	<input type="checkbox"/> H258	<input type="checkbox"/> H279	<input type="checkbox"/> H300
Scours, diarrhea (Diarrea)	<input type="checkbox"/> H196	<input type="checkbox"/> H217	<input type="checkbox"/> H238	<input type="checkbox"/> H259	<input type="checkbox"/> H280	<input type="checkbox"/> H301
Cough, runny nose or eyes, difficulty breathing (Tos, secreciones nasales u oculares, dificultad respiratoria)	<input type="checkbox"/> H197	<input type="checkbox"/> H218	<input type="checkbox"/> H239	<input type="checkbox"/> H260	<input type="checkbox"/> H281	<input type="checkbox"/> H302
Lameness, joint problems (Renguera, problemas articulares)	<input type="checkbox"/> H198	<input type="checkbox"/> H219	<input type="checkbox"/> H240	<input type="checkbox"/> H261	<input type="checkbox"/> H282	<input type="checkbox"/> H303
Head tilt (inclinación de la cabeza)	<input type="checkbox"/> H199	<input type="checkbox"/> H220	<input type="checkbox"/> H241	<input type="checkbox"/> H262	<input type="checkbox"/> H283	<input type="checkbox"/> H304
Other, specify (Otros, especifique):	H200	H221	H242	H263	H284	H305

Treatments (Tratamientos):						
Cut back on amount of milk or replacer fed (Reducción de cantidad o cambio de leche o sustituto lácteo)	<input type="checkbox"/> H201	<input type="checkbox"/> H222	<input type="checkbox"/> H243	<input type="checkbox"/> H264	<input type="checkbox"/> H285	<input type="checkbox"/> H306
Changed milk or replacer (Reducción de cantidad o cambio de leche o sustituto lácteo)	<input type="checkbox"/> H202	<input type="checkbox"/> H223	<input type="checkbox"/> H244	<input type="checkbox"/> H265	<input type="checkbox"/> H286	<input type="checkbox"/> H307
Oral electrolytes (Electrolitos orales)	<input type="checkbox"/> H203	<input type="checkbox"/> H224	<input type="checkbox"/> H245	<input type="checkbox"/> H266	<input type="checkbox"/> H287	<input type="checkbox"/> H308
Injectable fluids (Fluidos inyectables)	<input type="checkbox"/> H204	<input type="checkbox"/> H225	<input type="checkbox"/> H246	<input type="checkbox"/> H267	<input type="checkbox"/> H288	<input type="checkbox"/> H309
Drugs administered (Drogas administradas)	<input type="checkbox"/> H205	<input type="checkbox"/> H226	<input type="checkbox"/> H247	<input type="checkbox"/> H268	<input type="checkbox"/> H289	<input type="checkbox"/> H310
Code (from last page) for drugs (include antibiotics, anti-inflammatories, probiotics: [Código (de la página última) de las drogas (incluya antibióticos y anti-inflamatorios):]	____, ____ ____, ____ H206/H207/ H208/H209	____, ____ ____, ____ H227/H228/ H229/H230	____, ____ ____, ____ H248/H249/ H250/H251	____, ____ ____, ____ H269/H270/ H271/H272	____, ____ ____, ____ H290/H291/ H292/H293	____, ____ ____, ____ H311/H312/ H313/H314
Fed gut soothers (e.g., Pepto-Bismol®/ Kaopectate®) [¿Administro protectores del intestino (e.g., Pepto-Bismol®/Kaopectate®)?]	<input type="checkbox"/> H210	<input type="checkbox"/> H231	<input type="checkbox"/> H252	<input type="checkbox"/> H273	<input type="checkbox"/> H294	<input type="checkbox"/> H315
Other, specify (Otros, especifique):	H211	H232	H253	H274	H295	H316
<input type="checkbox"/> This calf did not have illness during the preweaning period (Esta becerria no estuvo enferma en el periodo previo al destete)						H317
Did the calf die? (¿Murió la becerria?)	<input type="checkbox"/> 1 Yes (sí) <input type="checkbox"/> 3 No	Date: __/__/__ (Fecha)	Reason: (Razón)	H318a/H318b/H318OTH		

Weaning Data (Datos de Destete)						
Date weaned: (Fecha de destete):	__/__/__	H319				
Criteria to wean calf (Criterio para destetar a la becerria)	<input type="checkbox"/> 1 Starter intake (Consumo de comida)	<input type="checkbox"/> 2 Age (Edad)	<input type="checkbox"/> 3 Lack of space (Falta de espacio)	<input type="checkbox"/> 4 Other, specify: (Otro, especifique)	H320/H320OTH	
Were preventive treatments given at weaning? (¿Administro tratamientos preventivos at destete?)	<input type="checkbox"/> 1 Yes (sí) <input type="checkbox"/> 3 No	Please describe: (Por favor describe:)				
						H321/H321OTH

Code (Codigo)	Product name (Nombre del producto)
1	Adspec®
2	Agrimycin™ 200
3	Amoxi-Bol®
4	Bactrim® tablets
5	Banamine
6	Baytril® 100 injectable
7	Biosol® liquid
8	Bio-Mycin® 200
9	BO-SE
10	Calf Pro®
11	CORID 9.6% oral solution
12	Draxxin™
13	Durapen™
14	Excede™ sterile suspension
15	Excenel® RTU
16	Flumeglumine®
17	Flunixin injection
18	Flunazine
19	Liquamycin® LA-200
20	Micotil® 300 injectable
21	Naxcel®
22	Neomycin oral solution
23	Nuflor® injectable solution
24	Pen-G Max™
25	Penicillin G Procaine
26	Polyflex®
27	Pro-Pen-G™ injectable
28	Recovr injectable
29	Resflor Gold®
30	Re-sorb®
31	SMZ-TMP tabs
32	Sustain III® cattle bolus
33	Tetradure 300
34	Tribrissin® tablets
35	Uniprim powder
36	Vital E
Other medications used (Nombre de otros medicamentos utilizados)	
50	
51	
52	
53	
54	
55	

Additional Notes? 1 Yes (sí) 3 No H322
(¿Información adicional?)

If you have any additional notes or information about this calf, please add it here.
(Si tiene información adicional u información sobre esta becerro, por favor la ponga aquí.)