



**CITY OF SAN ANTONIO/ CIUDAD DE SAN ANTONIO**  
DANGEROUS/AGGRESSIVE DOG AFFIDAVIT  
DECLARACIÓN JURADA SOBRE PERRO PELIGROSO/AGRESIVO  
4710 State Highway 151 San Antonio, Texas 78227

PLEASE TYPE OR PRINT  
(POR FAVOR ESCRIBA A  
MAQUINA O EN LETRA DE  
MOLDE)  
Press "Tab" Button to Move  
Between Fields/ Pulse la tecla  
"Tab" para pasar de un campo a  
otro

Activity(Numero Número de Actividad):	Bite Case Number(Número de Caso de Mordida):
---------------------------------------	--

**Please place all information on the front of this document. Do not write on the back of this paper or on your own paper.  
Por favor, coloque toda la información en el frente de este documento. No escriba en el reverso de este papel o en un papel propio.**

**APPLICANT INFORMATION (INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE)**

Name/Nombre:	DOB/Fecha de Nacimiento:	Driver's License No. /Licencia de Conducir No:
Street Address/Dirección:	City/State(Ciudad/Estado):	Zip/ Código Postal):
Phone/Teléfono:	Email:	

Did anyone other than you witness the incident?( ¿Alguien más aparte de usted presencié el incidente?) Yes/Sí  No   
If yes, please fill out "Witness Information" section below. (En caso afirmativo, complete la sección "Información del Testigo" a continuación.)

**WITNESS INFORMATION/INFORMACIÓN DEL TESTIGO (If Available/Si Corresponde)**

Name/Nombre:	Phone/Teléfono:	
Street Address/Dirección:	City/State (Ciudad/Estado):	Zip/Código Postal: :

Additional witnesses may be listed in the last section (Se pueden mencionar testigos adicionales en la última sección).

**INCIDENT INFORMATION/INFORMACIÓN DEL INCIDENTE**

Where did the incident happen? (¿Dónde ocurrió el incidente?)

When did the incident happen? (¿Cuándo ocurrió el incidente?)	Date/Fecha:	Time/Horario:
---	-------------	---------------

Did the attack occur on the dog owner's property? (¿Ocurrió el ataque en la propiedad del dueño del perro?) Yes/ Sí  No   
Was the dog owner present? (¿Estaba presente el dueño del perro?) Yes/ Sí  No

If no, where did the attack happen?( En caso contrario, ¿dónde ocurrió el ataque?) (Address or Street block/ Dirección o Cuadra de la Calle)

Sidewalk/ Acera  Street/ Calle  Driveway/ Acceso  Front yard/ Patio Delantero  Back yard/ Patio Trasero   
Easement/ Derecho de Acceso a la Propiedad  Intersection/ Intersección  Inside Home/ Dentro del Hogar

Did the attack occur in a fenced yard or enclosed area? (¿Ocurrió el ataque en un patio vallado o en un área cerrada?)  
Yes/ Sí  No

Did you believe you or another person would be attacked and that the dog would injure you or them? (¿Creía que usted u otras personas serían atacados y que el perro lo lastimaría a usted o a ellos?) Yes/ Sí  No

If yes, briefly describe how or why?( En caso afirmativo, describa brevemente cómo o por qué)

Do you believe that you (or bite victim, if not you) did anything to cause the dog to attack? (¿Cree que usted (o la víctima de la mordida, en caso de que no sea usted) hizo algo para que el perro atacara?) Yes/ Sí  No

Please describe what you were doing at the time of the attack(Describa lo que estaba haciendo en el momento del ataque):



**CITY OF SAN ANTONIO/ CIUDAD DE SAN ANTONIO**  
DANGEROUS/AGGRESSIVE DOG AFFIDAVIT  
DECLARACIÓN JURADA SOBRE PERRO PELIGROSO/AGRESIVO  
4710 State Highway 151 San Antonio, Texas 78227

**PLEASE TYPE OR PRINT**  
**(POR FAVOR ESCRIBA A**  
**MAQUINA O EN LETRA DE**  
**MOLDE)**  
Press "Tab" Button to Move  
Between Fields/ Pulse la tecla  
"Tab" para pasar de un campo a  
otro

**MEDICAL INFORMATION – HUMAN VICTIM/ INFORMACIÓN MÉDICA – VÍCTIMA HUMANA**

**Did you receive any injuries as a result of this incident? (¿Tuvo alguna lesión como resultado de este incidente?)**  
Yes/ Sí  No   
*If yes, complete this section. If no, skip to next section. (En caso afirmativo, complete esta sección. En caso contrario, pase a la siguiente sección)*

**Did you receive medical treatment at a clinic or hospital? (¿Recibió tratamiento médico en una clínica u hospital?)**  
Yes/ Sí  No

<p><b>Hospital or Clinic where you were treated(Hospital o Clínica donde fue atendido):</b></p> <p>Name/ Nombre: Address/ Dirección: Phone Number/ Teléfono:</p>	<p><b>Can you provide documentation or pictures? (¿Puede proporcionar documentación o imágenes?)</b> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>Are you willing to provide Animal Care Services with Medical Records?( ¿Está dispuesto a proporcionar a Servicios de Cuidado de Animales los Registros Médicos?)</b> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
--	---

**If yes, please describe the location and severity of your injury(ies)/En caso afirmativo, por favor, describa la ubicación y la gravedad de su(s) lesión(es):**

<b>Name of Attending Physician/Nombre del Médico Tratante:</b>	<b>Phone/Teléfono:</b>
--	------------------------

**Address/ Dirección:**

**MEDICAL INFORMATION – ANIMAL VICTIM/ INFORMACIÓN MÉDICA – VÍCTIMA ANIMAL**

<p><b>Did your animal receive any injuries? (¿Su animal recibió alguna lesión?)</b> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>If yes, complete this section. If no, skip to the next section. ( En caso afirmativo, complete esta sección. En caso contrario, pase a la siguiente sección)</i></p>	<p><b>Nature of Injuries/ Naturaleza de las Lesiones:</b></p>
--	---

**Did your animal require any medical treatment as a result of injuries sustained in the incident? (¿Su animal necesitó algún tratamiento médico como resultado de las lesiones sufridas en el incidente?)** Yes/ Sí  No

<b>Name of Attending Veterinarian/ Nombre del Veterinario Tratante:</b>	<b>Phone/ Teléfono:</b>
---	-------------------------

**Address/ Dirección:**

<b>Do you have photos of the injuries? (¿Tiene fotos de las lesiones?)</b> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>Who took the photos? (¿Quién tomó las fotos?)</b>
---	--

**Can you provide Animal Care Services with medical documentation of your pet's injuries? (¿Puede proporcionar a Servicios de Cuidado de Animales la documentación médica de las lesiones de su mascota?)** Yes/ Sí  No

**ATTACKING DOG INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL PERRO ATACANTE**

<b>Dog Name/ Nombre del Perro (If Known/ si lo conoce):</b>	<b>Breed or Type/ Raza o Tipo:</b>
---	------------------------------------

<b>Color:</b>	<p><b>Is the dog a (El perro es):</b> Puppy/ Cachorro <input type="checkbox"/> Young Adult/ Adulto Joven <input type="checkbox"/> Adult/ Adulto <input type="checkbox"/> Senior/ Mayor <input type="checkbox"/> Unknown/ Desconocido <input type="checkbox"/></p>
---------------	---

**Was the dog wearing a collar or harness? (¿Llevaba el perro collar o arnés?)** Yes/ Sí  No  *If yes, what color?( En caso afirmativo, ¿de qué color?)*





CITY OF SAN ANTONIO  
ANIMAL CARE SERVICES  
DEPARTMENT

**CITY OF SAN ANTONIO/ CIUDAD DE SAN ANTONIO**  
DANGEROUS/AGGRESSIVE DOG AFFIDAVIT  
DECLARACIÓN JURADA SOBRE PERRO PELIGROSO/AGRESIVO  
4710 State Highway 151 San Antonio, Texas 78227

**PLEASE TYPE OR PRINT  
(POR FAVOR ESCRIBA A  
MAQUINA O EN LETRA DE  
MOLDE)**  
Press "Tab" Button to Move  
Between Fields/ Pulse la tecla  
"Tab" para pasar de un campo a  
otro

**ADDITIONAL DOGS INVOLVED OR POSSIBLY INVOLVED/ PERROS ADICIONALES INVOLUCRADOS O POSIBLEMENTE INVOLUCRADOS**

NAME/ NOMBRE	BREED OR TYPE/ RAZA O TIPO	COLOR	OWNER/ DUEÑO (If Known/ Si lo conoce)

**ADDITIONAL INFORMATION RELEVANT TO THE CASE/ INFORMACIÓN ADICIONAL RELEVANTE AL CASO**


**SIGNATURE/ FIRMA:** \_\_\_\_\_ **DATE/ FECHA:** \_\_\_\_\_

(Must be Signed in the Presence of a Texas Notary Public/  
Debe ser Firmado en Presencia de un Notario Público de Texas)

**PARENT/GUARDIAN SIGNATURE:  
(FIRMA DEL PADRE/TUTOR):** \_\_\_\_\_ **DATE/ FECHA:** \_\_\_\_\_

STATE OF TEXAS  
COUNTY OF BEXAR

SUBSCRIBED AND SWORN TO BEFORE ME ON THIS \_\_\_\_\_ DAY OF \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_.

Notary Signature: \_\_\_\_\_

My Commission Expires: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY/ USO EXCLUSIVO DE OFICINA:**

RECEIVED BY	DATE RECEIVED	REVIEWED BY	DATE REVIEWED
<b>OUTCOME:</b> APPROVED <input type="checkbox"/> REJECTED <input type="checkbox"/>		<b>REASON IF REJECTED:</b>	
<b>Type of follow up:</b> Dangerous <input type="checkbox"/> Aggressive <input type="checkbox"/> SBI <input type="checkbox"/> ABD <input type="checkbox"/> ABDD <input type="checkbox"/> ADW/ABI <input type="checkbox"/> Other:			