

Otros:

N°:



AUTORIZACIÓN PARA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA

Yo _____ Rut _____

propietario de _____ Canino Felino; Macho Hembra; Edad _____

Raza _____ Domiciliado en _____

_____ Teléfono _____

Entiendo que mi mascota será sometida a una intervención quirúrgica, que por su naturaleza involucra riesgos generales y que, a pesar de todas las medidas y cuidados efectuados por el equipo médico, son inevitables como: problemas cardiovasculares, afecciones respiratorias, infecciones, daño neurológico, hemorragias, reacciones alérgicas, trombosis y otros como la muerte, que es un bajo porcentaje de los casos.

Declaro cumplir con los requisitos y traer los implementos que me solicitaron.

Cumplir con las horas de ayuno que me indicaron. No tener exámenes complementarios.

Declaro que mi mascota actualmente está sana y no ha presentado en los últimos 10 días: vómitos, diarrea, tos, secreciones oculares y nasales, decaimiento, anorexia, traumas, convulsiones.

Sé que todo procedimiento quirúrgico requiere sedación y anestesia general y/o local, que se determinará según los protocolos y de manera individual, luego de la evaluación clínica, lo que tiene ventajas y beneficios, pero asociado a mayor y menor riesgo y complicaciones propias de su ejecución. Que siempre existe la posibilidad de que, en beneficio del paciente, el cirujano suspenda la cirugía, o que varíe la técnica escogida previamente.

Se que el procedimiento quirúrgico requiere un periodo de recuperación que puede variar según las características propias de cada mascota, su evolución, capacidad de recuperación y cuidados que debo entregar según las indicaciones.

Acepto que una de sus orejas será tatuada con la finalidad de registrar que fue esterilizado(a).

He comprendido las explicaciones, me han permitido realizar las observaciones y me han aclarado las dudas que he planteado.

Declaro entregar toda la información de forma veraz, completa y fidedigna.

Autorizo que mi mascota sea esterilizada y me comprometo a recibir, retirar al animal y proceder según las indicaciones que me entreguen.

Copiapó, _____ de _____

Firma del dueño

Rellena Médico Veterinario:

VACUNAS SÍ NO ANTIPARASITARIO SÍ NO PESO _____

CC 1 2 3 4 5 ANTICONCEPTIVOS SÍ NO PREMEDIC.: _____

AYUNO MÍNIMO 6 HRS SÍ NO ÚLTIMO CELO _____ PARTOS _____