



URGENCIAS VETERINARIAS

AUTORIZACION PARA PLAN DE ESTERILIZACION CANINA HEMBRA

Fecha.....

PROPIETARIO Y/O TENEDOR RESPONSABLE

APELLIDO Y NOMBREDNI:con domicilio en la
calle:.....Nº:de la localidad de:
..... Distrito de:Email:
.....Teléfono:
.....

DATOS DEL PACIENTE

Nombre de la mascota:.....Raza:
Especie Canina o felina Sexo: Edad: día/mes/año.....Pelaje:

1.Realiza estudios Pre-quirúrgicos SI o No

2.El Sr propietario y/o tenedor responsable autoriza al Medico Veterinario y a su equipo profesional a que se realice Sedación y/o acto Anestésico a su animal

3.El Sr propietario y/o tenedor responsable autoriza al Medico Veterinario y a su equipo profesional a realizar intervención quirúrgica Castración Canina Ovariohisterctomia

4.Los datos del Medico Veterinario responsable de la cirugía son los siguientes Rodrigo Martin Gonzalez Matricula 345.

5.El Sr propietario y/o tenedor responsable otorga el consentimiento y autoriza al Medico Veterinario citado en el párrafo precedente, dejando constancia de:

- Haber tomado conocimiento del procedimiento y/o cirugía que se le realiza a su animal quedando satisfactoriamente informado de los pormenores de la misma, en lo que concierne a su pre, intra y pos operatorio, así como los objetivos medicos veterinarios perseguidos ya sean terapéuticos y/o exploratorios.
- Haber tomado conocimiento de las complicaciones y/o accidentes que pudieran acontecer en pre, intra y pos operatorio inmediato o tardío
- Haber autorizado al cirujano a ,Modificar la conducta quirúrgica preestablecida e informada, cuando por razones medico quirúrgicas lo crea conveniente, con el objeto de preservar la vida y salud futura del paciente
- El Sr propietario y/o tenedor responsable del paciente reconoce como correcto los datos identificatorios y acepta las condiciones precedentes y descriptas en al Plan de esterilización Canina Hembra de Urgencias Veterinarias.Firma del Sr propietario y/o tenedor responsable ACLARACIONDNI



URGENCIAS VETERINARIAS