

# CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN DE QUIRÚRGICA/ANESTESIA

Fecha: \_\_\_\_\_ Procedimiento: \_\_\_\_\_ Expediente #: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de Mascota: \_\_\_\_\_

Hora de la última comida o agua : \_\_\_\_\_

Yo verifico que soy el propietario (o agente autorizado del propietario) del animal mencionado anteriormente y autorizo a que se realice el procedimiento anterior. Autorizo el uso de anestesia y otros medicamentos según lo considere necesario el veterinario y entiendo que el personal del hospital se empleado en los procedimientos según las indicaciones del veterinario.

Me han informado sobre la naturaleza de este procedimiento y los riesgos involucrados. Entiendo que siempre hay un riesgo asociado con cualquier procedimiento anestésico, incluso en un animal aparentemente sano y he discutido mis preocupaciones con el veterinario. Entiendo que no se puede hacer ninguna garantía profesional ni éticamente con respecto a los resultados o la curación.

## Opciones de Anestésia: (Por favor Inicial en Ambos)

1.) Inyectable \_\_\_\_\_

2.) Sevoflurane \_\_\_\_\_

**Análisis de sangre preanestésico:** Para mayor seguridad durante el procedimiento, se recomienda encarecidamente un análisis de sangre.

**(\*\*Se requiere un análisis de sangre obligatorio para todos los animales mayores de 5 años.\*\*)**

**(Por favor Inicial en Ambos: El médico discutirá qué análisis de sangre se realizará con usted antes de la prueba.)**

1.) Pre-operative Blood Screening

1.) Acepto: \_\_\_\_\_ Renunció: \_\_\_\_\_

2.) General Health Profile

1.) Acepto: \_\_\_\_\_ Renunció: \_\_\_\_\_

## Estimado:

Yo Solicito \_\_\_\_\_ Renunció \_\_\_\_\_ un estimado.

**Manejo de Dolor:** Entiendo que el manejo de dolor se utiliza según sea necesario.

Yo Autorizo \_\_\_\_\_ Renunció \_\_\_\_\_ manejo de dolor.

**Microchip:** El proceso de aplicar un microchip es simple y una manera segura de identificar su mascota. Esta opción está disponible para la mayoría de los procedimientos quirúrgicos.

Sí, quiero un Microchip

No, renuncio un Microchip

## Collar Medicó:

\_\_\_\_\_ Sí, envíen a casa con un collar

\_\_\_\_\_ Renunció, Entiendo que asumo la responsabilidad de evitar que mi mascota se dañe la incisión.

Entiendo que se debe colocar un catéter intravenoso para garantizar que mi mascota esté segura durante todo el procedimiento, que haya una vena permeable para medicamentos de emergencia y para cumplir con los estándares de la junta médica.

Aceptó ser responsable de los cargos incurridos mientras mi mascota esté bajo el cuidado de este centro y comprendo que el pago debe realizarse en el momento en que mi mascota sea dada de alta de este hospital. Entiendo que no hay personal empleado fuera del horario comercial (las mascotas que necesitan cuidados especiales pueden ser derivadas a un hospital abierto las 24 horas).

Firma del propietario autorizado: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_