

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN Y/O CIRUGÍA

Yo, _____, con identificación oficial _____, en mi calidad de propietario(a) o responsable legal del paciente veterinario descrito a continuación, declaro que he sido informado(a) de manera clara y comprensible sobre la hospitalización y/o cirugía que se llevará a cabo.

Datos del Paciente

Nombre: _____

Especie: _____ Raza: _____ Edad: _____

Color: _____ Número de microchip (si aplica): _____

Descripción del Procedimiento

El procedimiento a realizar es: _____, el cual ha sido explicado en términos de diagnóstico, opciones terapéuticas, riesgos y beneficios.

Riesgos y Posibles Complicaciones

Se me ha informado que, aunque se tomarán todas las medidas necesarias para minimizar riesgos, existen posibles complicaciones que pueden incluir (pero no limitarse a): reacciones adversas a la anestesia, infecciones, hemorragias, falla en la recuperación, e incluso la posibilidad de fallecimiento.

Autorización

Declaro que he recibido información suficiente y satisfactoria sobre el procedimiento y sus riesgos. Autorizo a los médicos veterinarios de la clínica a proceder con la hospitalización y/o cirugía bajo los términos explicados.

Contacto en Caso de Emergencia

Nombre del contacto: _____

Teléfono: _____ Parentesco: _____

Firma del Propietario o Responsable

Firma del Médico Veterinario Responsable

Fecha: ___ / ___ / _____ Hora: _____