



**Información del Dueño**

NOMBRE \_\_\_\_\_ # DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ # DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

CIUDAD/ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL MASCOTA**

NOMBRE DEL MASCOTA \_\_\_\_\_ (RODEA): PERRO GATO CONEJO

RAZA/COLOR \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_

¿Horario de la última comida? \_\_\_\_\_ ¿Fecha del último celo/embarazo? \_\_\_\_\_

¿Algún preocupación médica? \_\_\_\_\_

Prevención de Pulgas/Garrapatas: \_\_\_\_\_ Fecha de Entrega: \_\_\_\_\_

Prevención de los Gusanos del Corazón: \_\_\_\_\_ Fecha de Entrega: \_\_\_\_\_

**Marque los servicios que quiere:**

**OTRO:**

<input type="checkbox"/>	Cirugía de Esterilización/Castración	Terapia con Láser (Control adicional del dolor)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna de Rabias(1 año)(3 años)	Medicamentos para el dolor para casa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna de Moquillo(Dhpp/FVRCP)	Cono	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna de Leptospirosis(Perros)	Recorte de Uñas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna de Bordetella(Perros)	Prevención tópica de pulgas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4DX Examen de los Gusanos Del Corazón(Perros)	Microchip	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Examen de FELV/FIV (Gatos)	Punta de oreja(Necesaria para el paquete Feral)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Análisis de Sangre Preanestésico	Eliminación de la garra de rocío (Perros)	<input type="checkbox"/>

**Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para la cirugía y estoy de acuerdo con lo siguiente:**

- Yo certifico que mi animal no tiene condiciones de salud preexistentes que puedan afectar la seguridad de la cirugía.
- Yo entiendo que el veterinario solo hará un breve examen prequirúrgico y no un examen completo. Y no pueden identificar todas las condiciones que podrían causar complicaciones con la anestesia/cirugía
- El animal arriba mencionado no ha comido nada desde las 10:00 pm de anoche, excepto gatitos/cachorros menores de 5 meses de edad y conejos.
- Soy consciente de que todo procedimiento quirúrgico conlleva riesgo inherente incluida la muerte, y que no se me ha dado ninguna garantía sobre el resultado
- Se recomienda encarecidamente un examen físico completo y un análisis de sangre previo a la anestesia para mi mascota antes de la cirugía. (El análisis de sangre es obligatorio para mascotas de 7 años o más). El análisis de sangre debe realizarse dentro de los 30 días posteriores a la cirugía.
- Soy consciente de la posibilidad de complicaciones y aceptó llevar a mi mascota al hospital veterinario de emergencia y ser responsable financieramente del tratamiento posterior.
- Yo entiendo que si mi mascota está embarazada, el embarazo se interrumpe en el momento de la cirugía. Entiendo que al embarazo, la criptorquidia y otros factores pueden incurrir en cargos adicionales
- Yo entiendo que algunos factores aumentan el riesgo quirúrgico incluidos, entre otros, embarazo, estro (celo), razas braquicefálicas y enfermedades como el gusano del corazón, FIV, leucemia felina e infecciones de las vías respiratorias superiores.
- Yo entiendo que Bowie Spay & Neuter tiene el derecho de rechazar el servicio a cualquier animal para quien la cirugía arriesgue la salud, o a discreción del veterinario/a.
- Acepto que la recogida de mascotas sea a las 4:00 pm el día de la cirugía. Se puede cobrar una tarifa mínima de recogida tardía de \$25 a partir de las 4 p.m.
- Si no reclamo a mi mascota en el tiempo acordado, se considerará abandonada y será entregada a Control de Animales.
- Si se encuentran pulgas en mi mascota, se administra un tratamiento contra pulgas a mi cargo de \$15-\$30 adicional.
- Yo entiendo que todas las mascotas recibirán un tatuaje azul en el sitio de incisión o en el abdomen para indicar que han sido esterilizadas.
- Fotos de nuestras mascotas pueden ser utilizadas en materiales promocionales y/o educativos en medios impresos y/o digitales.
- Soy el dueño/agente de la mascota descrita anteriormente y tengo la autoridad para consentir y autorizar la cirugía y renuncio a todos los reclamos o daños contra Bowie Spay & Neuter, cualquiera de sus funcionarios, empleados, voluntarios o contratistas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_