



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:

| | | | |
|--|---|---|--|
| | Cirugía de Esterilización/Castración | Terapia con Láser (Control adicional del dolor) \$20 | |
| | Vacuna de Rabias(1 año)(3 años)\$25 | Expresión de las glándulas anales \$30 | |
| | Vacuna de Moquillo(Dhpp/FVRCP)\$25 | Cono \$20 | |
| | Vacuna de Leptospirosis(Perros)\$10 | Recorte de Uñas \$10 | |
| | Vacuna de Bordetella(Perros)\$25 | Prevención tópica de pulgas \$15-30 | |
| | 4DX Examen de los Gusanos Del Corazón(Perros)\$45 | Microchip \$50 | |
| | Examen de FELV/FIV (Gatos)\$45 | Punta de oreja(Necesaria para el paquete Feral) | |
| | Análisis de Sangre Preanestésico \$85-125 | Eliminación de la garra de rocío (Perros) \$100 each | |

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, 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: _____