

## Forma de Consentimiento de cirugía

Por favor lea con cuidado y complete la forma entera; su firma en la parte de abajo indica su acuerdo con todas las siguientes condiciones y términos.

Nombre del Dueño/a \_\_\_\_\_ Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
Especies (**seleccione uno**) Perro Gato Otro (**especificar**) \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_  
Sexo (**seleccione uno**) M H M- Castrado H- Esterilizada. Edad \_\_\_\_\_ Semana (s) mes (es) año(s)

Soy el dueño o el agente del dueño del animal descrito arriba, y tengo autoridad para ejecutar este consentimiento. Por este medio consiento y autorizo al: veterinario (s) y personal para anestesiarse/sedar y realizar los siguientes procedimientos a este animal

(**Circule todo lo que aplica**) \*Castración / Esterilización \*Desungulación \*\*Dental Otro (**especificar**) \_\_\_\_\_

\*La castración/esterilización y los procedimientos de remoción de garras reciben una inyección de dolor, medicamento para irse a casa, un cuello protector si es necesario, esto está incluido en el costo de la cirugía.

\*\* Los animales domésticos a los que se le realice un procedimiento dental recibirá una inyección de dolor, medicina de dolor y cualquier extracción tendrá un costo adicional.

**\*\*\* SE REQUIERE QUE TODOS los perros embarazados y gatos tengan Catéter y Fluidos Intravenosos durante la esterilización por un costo adicional de 40.00 dólares**

### **Servicios Adicionales Ofrecidos: (**Chequee todas las que aplican**)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prueba de Material Fecal \$17   | <input type="checkbox"/> Corte de uñas \$8. <sup>50</sup>                        |
| <input type="checkbox"/> Identificación con Microchip \$20   | <input type="checkbox"/> Prueba de Gusano de Corazón de Caninos \$20 (requerido) |
| <input type="checkbox"/> Expresión de la Glándulas Anales \$17   | <input type="checkbox"/> Remoción de pelo de los oídos \$15                      |
| <input type="checkbox"/> Test de Inmunodeficiencia felina/ Leucemia/de gusano de corazón (solo gatos) \$25 | <input type="checkbox"/> Limpieza de orejas/Enjuague \$17                        |
| <input type="checkbox"/> Desparasitación \$10-\$40   | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |
| <input type="checkbox"/> 4DX (Gusano de Corazón, Lyme, Erliquia, etc.) \$35                                | _____  |
| <input type="checkbox"/> Medicamento para prevención de pulgas \$12-\$69                                   |  |

La naturaleza de estas operaciones o procedimientos me ha sido explicada, y entiendo lo que será hecho. También he sido informado que hay cierto riesgo y complicaciones asociadas con cualquier operación o procedimiento de este tipo. Estos me han sido explicados también. Por adelantado entiendo que durante el curso de las operaciones o procedimientos, pueden presentarse condiciones imprevistas lo que puede requerir la realización de procedimientos adicionales. También he sido informado que hay ciertos riesgos asociados con el uso de cualquier medicamento, incluida la anestesia, y medicina para el dolor. En caso de herida o muerte, renuncio todos los reclamos de daños contra Petmobile Pet Hospital, E.S. Henson, DVM, PC y cualquier otro veterinario, oficial o empleado de estas entidades corporativas.

Entiendo que un pago por el costo estimado de servicios debe ser hecho en el momento del ingreso, con el saldo de cualquier cargo adicional a pagar cuando mi mascota me sea entregada. Entiendo que debo recoger a mi mascota durante el día indicado por el personal del Petmobile Pet Hospital. Pagaré honorarios de alojamiento diario si no recojo a mi animal en el día indicado. La falta de recoger a mi animal dentro de doce (12) días será considerado como el abandono y el animal puede ser vendido, regalado, o por otra parte eliminado, según la ley del estado de Texas (Artículo 7465c, Estatutos de Vernon Texas)

Entiendo que es mi responsabilidad de impedir a mi animal doméstico dañar o quitar suturas quirúrgicas (si se aplica). Soy responsable de cualquier gasto relacionado con el reemplazo de cualquier sutura dañada/quitada, si es necesario. Estoy de acuerdo en leer y seguir las instrucciones de asistencia post-operatoria que me fueron proporcionadas. Me pondré en contacto con el Hospital Petmobile Pet Hospital inmediato si mi mascota experimenta algún problema post-quirúrgico.

## Forma de Consentimiento de cirugía

Por favor lea con cuidado y complete la forma entera; su firma en la parte de abajo indica su acuerdo con todas las siguientes condiciones y términos.

Entiendo que habrá gastos adicionales para hembras que están en celo o embarazadas, o en machos como testículos retenidos, ANIMALES AGRESIVOS que requieren el manejo especial, animales obesos (cuando estas condiciones pueden aplicarse a los procedimientos realizados). Si mi animal doméstico tiene pulgas o garrapatas, entiendo que habrá gastos adicionales y mi mascota será tratada por esto a un costo adicional. Entiendo que mi animal doméstico será tratado para éstos en un costo adicional. Todas las hembras embarazadas requieren un Catéter y Fluidos intravenoso \$40.00. Caninos: En Celos o Estro \$30.00, Embarazadas \$60.00 Felino: En Celos o estro \$20.00, Embarazada. \$50.00 Criptorquido \$40.00 - \$60.00. Pulgas: \$7-\$20. Garrapatas: \$16-\$42

**SE REQUIERE** una prueba para gusano de corazón reciente en todos los pacientes caninos.

PRUEBA DE VACUNACIONES RECIENTE ES **REQUERIDA**:

CANINO: RABIA, DHPPV, CORONA, BORDETELLA, LEPTO4

FELINO: RABIA, FVRCP+C, BORDETELLA.

SE RECOMIENDA PRUEBA de INMUNODEFICIENCIA FELINA/LEUCEMIA y PRUEBA DE GUSANO DE CORAZON EN FELINOS

Entiendo que Petmobile pet Hospital recomienda la toma de sangre pre-quirúrgica en todos los animales, y lo requiere en mascotas de cinco de (5) años o más de edad y en cualquier mascota con alto riesgo por algún problema médico.

**Pruebas Pre-Anestésicas (seleccione una):** Para tener acceso a la salud interna de su animal doméstico antes de anestesia general

- CBC Chem 10+e (**requerido para animales domésticos de 5 años de edad o mayores**) (**muy recomendado para todos los animales domésticos**)\$ 70
- CBC Chem 15 + e **recomendados para todos los animales domésticos, para una proyección más completa \$89**
- No – YO DECLINO** la prueba de sangre pre-operatoria que es recomendada, pero por favor realice el procedimiento

**Catéter IV/Fluidos (seleccione una):** Soporte para función renal y un acceso inmediato para medicamentos intravenoso en caso de emergencia durante la cirugía.

- SI-** Por favor coloque un catéter intravenoso **\$20**
- SI-** Por favor coloque un catéter y Fluidos IV (**requerido para animales domésticos 5 años mayores de edad y mayores**) **\$40**
- No - YO DECLINO** poner un catéter intravenosos

**ELECTROCARDIOGRAMA (EKG) (seleccione una):** Recomendado para **TODAS** las mascotas para acceder a la salud del corazón de su mascota

- Yes-** Por favor realice un Electrocardiograma (EKG) a mi mascota, para acceder a la salud de su corazón **\$15**
- No – YO DECLINO** un Electrocardiograma (EKG) en este momento

**Terapia Laser (seleccione una):** Ayuda para curación y comodidad del paciente reduciendo dolor, inflamación, e hinchazón

- SI-** Por favor realice la Terapia de Láser en mi mascota para ayudar a la curación (**POST-OP: Castración/Esterilización \$12, Desuño \$15, Castración /Esterilización /Desungulación \$24**)
- No- YO DECLINO** la Terapia Laser en este momento

**Microchip ID (seleccione una): ¡Este es el mejor momento para poner el microchip!**

- SI-** Quiero que a mi mascota se le ponga un microchip mientras esta bajo anestesia **\$20**
- No-** No quiero que a mi mascota se le ponga un microchip mientras esta bajo anestesia

Escriba cualquier otra persona(s) autorizada(S) para reclamar este animal: \_\_\_\_\_

Puedo ser contactado en este número de teléfono en caso de una emergencia: \_\_\_\_\_

Por si yo no pueda ser contactado en caso de una urgencia: Nombre y Teléfono: \_\_\_\_\_

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