

Consentimiento de Cirugía

Account #: _____

Nombre de Mascota: _____ Edad: _____

Perro o Gato? Raza: _____ Sexo: _____ Color: _____
(Por favor marque)

A qué hora fue la última comida o bebida? _____ am/pm

Fecha: _____ Nombre del Dueño: _____ Teléfono para hablarle hoy? _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono: _____

De dónde agarró su mascota? _____ Cuándo fue? _____ Nombre de su Veterinario regular: _____

Teléfono del Veterinario: _____ Fecha de las Vacunas: _____ Correo Electrónico: _____

Historia Médica de su Mascota; por favor lea y ponga sus **INICIALES** en cada pregunta...

1. Su mascota ha tenido la prueba de los parásitos en el Corazón ó de Leucemia Felina? SI NO

Cuándo? _____ Resultados? _____

2. Su mascota toma la pastilla para parásitos en el corazón? SI NO

Qué marca? _____

Última dosis? _____

3. Su mascota ha tenido operaciones en el pasado? SI NO

Cuál? _____

4. Su mascota ha tenido una reacción alérgica a una vacuna ó medicamento? SI NO

(Cuál vacuna ó medicamento?) _____

5. Su mascota ha tenido alguna lesión en el pasado? (atropellado, una fractura, mordida, etc.) SI NO

Explicación _____

6. Su mascota ha tenido una crisis epiléptica? SI NO

Cuándo y razón _____

7. Su mascota a sido rechaza para una operación en el pasado? SI NO

Cuándo y razón _____

8. Su mascota está tomando medicamento(s)? (aspirina, medicina de alergias, etc.) SI NO

Cuál medicamento? _____

9. Qué enfermedad ha tenido su mascota en las últimas 2 semanas? (por favor marque): Tos Estornudos

Vomito Diarrea perdido de peso perdido de apetito

Ninguno

Otra explicación: _____

10. Su mascota ha sido diagnosticada con una condición de la piel? SI NO

Cual condición? _____

11. Está en medicamento de pulgas? SI NO

Marca? _____ Última dosis? _____

12. HEMBRAS: Último ciclo de celo? _____

de crías _____ Fecha de últimas crías: _____

Esta embarazada? SI NO

13. Hay algo que debemos saber sobre la historia médica de su mascota? _____

14. Su mascota vive afuera o adentro? _____

Quiero ayudar a apoyar al SPCA of Texas!

SI NO. Agregue \$ _____ a mi cuenta

Costos Adicionales

Vacunas requeridas para los animales sometidos a cirugías :

Perros: (iniciales en las necesarias)

_____ Rabia \$10

_____ DHPP+C \$12

Gatos: (iniciales en las necesarias)

_____ Rabia \$10

_____ FVRCP \$12

Servicios para Mascotas:

Artículos altamente recomendados: (Iniciales en las necesarias)

_____ Examen Fecal \$18

_____ Tratamiento para Tenia \$8-22

_____ E-collar \$7

_____ Limpiar oídos \$10

_____ Prevención de Pulgas \$17.80 - \$19.60

_____ Prevención de Parásitos en el

Corazón \$5.50-\$8.30

_____ Cortar uñas \$5

_____ Sacar dientes de leche

\$15 cada diente

_____ Reparación de hernia umbilical

\$69

_____ Suero \$17

_____ Microchip \$20 **Solo Hoy!**

Dueños de Perros



Se recomienda que los perros sean probados contra Parásitos en el Corazón antes de la cirugía

(iniciales en las necesarias)

_____ Bordetella \$15

_____ Examen de Parásitos en el

Corazón \$25 - \$35

_____ Control de dolor \$13 - \$18

Dueños de Gatos



Se recomienda que los gatos tengan la vacunación de FeLV/FIV con la cirugía

(iniciales en las necesarias)

_____ Examen de FeLV/FIV \$35

_____ Vacuna de Leucemia Felina \$15

_____ Control de dolor \$13

_____ Tratamiento para parásitos en los

oídos y limpieza \$25

_____ Chequeo del tratamiento de

parásitos en los oídos \$18

Examen de sangre es un paso importante para su mascota antes de ser puesto bajo anestesia. Hay enfermedades que tal no son notables con solo mirar a su mascota. Con utilizar los resultados de los exámenes de sangre puede ayudar a minimar el riesgo de alguna complicación con la si rugía que incluye enfermedad del hígado, riñones, infección o anemia. Con estos mismos resultados de sangre puede ayudar al doctor en escoger el medicamento apropiado para su mascota. El examen de sangre es obligatorio para cualquier mascota que tenga 5 años o más. (Costo \$60)

_____ SI, quiero que mi mascota tenga el analisis de sangre. _____ NO, no quiero que mi mascota tenga el analisis de sangre..

Importante! Por favor lea, ponga las iniciales y firme...

_____ Yo pagare un **cargo de \$40.00** por cada noche si mi animal no es recogido en el día especificado. Yo reconozco que animales que sean dejados toda la noche no será atendido o cuidado por toda la noche . También entiendo que cualquier animal que allá sido dejado aquí por más de 72 horas será considerado abandonado y entregado a las autoridades.

_____ Si se encuentran pulgas en su mascota en cualquier momento durante la hospitalización quirúrgica, **un costo obligatorio de \$5.70** será agregado a su cuenta por administrar una dosis de Capstar® un medicamento de pulgas de 24 horas . *Prevención .de pulgas mensualmente es todavía recomendado.*

_____ Yo entiendo en caso de una emergencia o complicación después de la operación, o si mi mascota daña o se quita sus puntos, va a ser mi responsabilidad de volver a traer a mi mascota al SPCA of Texas durante el horario normal o llevarlo a un Veterinario si es después del horario. Voy a asumir la responsabilidad de todos los cargos incurridos.

Yo autorizo la esterilización quirúrgica del animal mencionado.

Para mi conocimiento este animal esta en buen estado de salud. Yo reconozco que todos los cuidados antes y después de la operación son mi responsabilidad. Yo soy el dueño del animal o soy responsable y tengo la autoridad para ejecutar este consentimiento. También autorizo el uso de anestésicos que consideren conveniente y el desempeño de procedimientos quirúrgicos o terapéuticos que sean necesarios. Yo entiendo que siempre existen algunos riesgos con la anestesia y/o la operación y que discuta cualquier preocupación que tengo sobre esos riesgos con el veterinario a cargo antes de que el procedimiento se inicie. Mi firma en esta forma indica que se pueden aplicar cargos adicionales y cualquier pregunta que tengo respecto a estos temas ha sido respondida a mi satisfacción. Estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne al SPCA of Texas y los veterinarios que asisten de y contra cualquier y toda responsabilidad que se derive de la actuación de todos los procedimientos mencionados. La SPCA Spay/Neuter & Wellness Clinic es un centro de servicio de bajo costo y prove servicios a las personas calificadas para programas de asistencia. Al firmar este documento que compruebe que yo soy indigente y la falta de medios suficientes para proveer cuidado médico para mi mascota.

Pet Owners Signature: _____ Date: _____