

Clínica Veterinaria de la Sucursal

205 Avenida Belmont
Tifton, GA. 31794

Formulario de Consentimiento para Anestesia/Cirugía

Nombre del propietario: _____ Nombre del paciente: _____

Procedimiento: _____ Fecha: ___/___/___

****¿A qué número de teléfono podemos comunicarnos con usted hoy?** _____
(Es importante que nos comuniquemos con usted en caso de una emergencia.. o lo tratamos como mínimo)

****Si su mascota está en celo, embarazada o tiene un testículo retenido, SE APLICARÁN TARIFAS ADICIONALES!!**

1. **Análisis de sangre preanestésico** (recomendado para todas las edades, especialmente si tu mascota tiene > 7 años)

Este análisis de sangre consiste en un PCV/TP o CBC y un panel químico (para glóbulos blancos/rojos y para comprobar la función renal y hepática). Esta prueba nos ayudará a identificar problemas de salud subyacentes que pueden influir en la capacidad de sus mascotas para recuperarse de la anestesia y nos dará una línea de base en el caso de cualquier enfermedad futura. **Hay un cargo adicional de \$88.00 para animales < 7 años y \$127 para animales > 7 años.**

SÍ **NO** ¿Quieres un análisis de sangre preanestésico hoy? (Por favor, inicial) _____

2. **Líquidos intravenosos** (recomendados para todos los animales, **requeridos para animales > 8 años de edad y animales sometidos a procedimientos prolongados**)

Se coloca un catéter intravenoso en **TODOS los** pacientes sometidos a anestesia. La presión arterial baja es muy común durante todos los episodios de anestesia y la administración de líquidos por vía intravenosa ayudará a proteger a tu mascota de estos efectos. **Si su mascota tiene problemas bajo anestesia, se le administrarán líquidos intravenosos y se le cobrará por este servicio porque la seguridad de su mascota es prioritaria. Hay un cargo adicional de \$25 por líquidos.**

SÍ **NO** Acepte líquidos intravenosos (<8 años) (Por favor, inicial) _____

*Entiendo que se requiere líquido intravenoso para mi mascota > 8 años (Por favor, inicial) _____

*Entiendo que si mi mascota tiene problemas bajo anestesia, se le administrarán líquidos intravenosos y se me cobrará \$25 por ese servicio (Por favor, inicial) _____

3. **Microchip** (recomendado para 'escapistas')

Esto implica colocar un pequeño microchip debajo de la piel de sus mascotas. Esto ayudará a la recuperación de tu mascota en caso de que se pierda. Esto requiere que su perro esté registrado en el sitio web del fabricante del microchip. Muchos refugios y hospitales veterinarios tienen escáneres y pueden reportar un perro encontrado si están registrados. **Hay un cargo adicional de \$50.00.**

SÍ **NO** desea que le coloquen un microchip hoy. (Por favor, inicial) _____

4. **Collar electrónico** (Recomendado para todas las mascotas): **SÍ** **NO** (Por favor, inicial) _____

- **Cuello Comfurt** (\$19-\$40) (Los recepcionistas tienen opciones de color/patron)
- **Cuello suave** (\$20-\$25)
- **Cuello duro** (\$20-\$25)

TENGA EN CUENTA:

1. Todos los animales **ESTÁN OBLIGADOS POR LEY** a estar al día con su vacunación **contra la rabia** (dentro de 1 año de la última vacunación contra la rabia). Si no se dispone de un comprobante de vacunación, su mascota será vacunada contra la rabia a su cargo.
2. La Clínica Veterinaria de la Sucursal requiere que todos los **HONORARIOS DEBEN PAGARSE EN SU TOTALIDAD** cuando se prestan los servicios. Los pagos pueden incluir: efectivo, cheque, tarjeta de crédito, Care Credit y Scratchpay. Si es necesario, solicite un presupuesto antes de firmar este formulario.

Autorización para realizar anestesia y/o cirugía

Por la presente autorizo a la Clínica Veterinaria de Branch a realizar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y/o quirúrgicos mencionados anteriormente. El costo y la naturaleza de dichos servicios se han descrito a mi satisfacción y me doy cuenta de que no se puede hacer ninguna garantía, ética o profesionalmente, con respecto a los resultados / resultado del procedimiento. He sido consciente de los riesgos asociados con la anestesia y la cirugía y entiendo que la Clínica Veterinaria de Branch hará todo lo que esté a su alcance para reducir esos riesgos.

Autorizo a la Clínica Veterinaria de Branch a tratar a mi mascota en caso de emergencia. Entiendo que el personal se pondrá en contacto conmigo lo antes posible con respecto a la emergencia y que seré responsable de cualquier cargo adicional que pueda resultar de esta emergencia.

Entiendo que cualquier estimación dada para los servicios es solo un precio estimado. Reconozco que la Clínica Veterinaria de Branch intenta dar una estimación lo más precisa posible; sin embargo, entiendo que puede haber complicaciones imprevistas y puede ser necesario un tratamiento adicional durante o después del procedimiento. Si no se me puede contactar para hacerme preguntas en el número que me queda, entiendo que los veterinarios de la clínica veterinaria de Branch usarán su juicio profesional con respecto al tratamiento de mi mascota y que esto puede resultar en cargos adicionales.

Soy el dueño/agente del animal que se presenta aquí hoy. Acepto y asumo la responsabilidad financiera total y total de todos y cada uno de los servicios prestados. Entiendo que **EL PAGO SE DEBE EN SU TOTALIDAD CUANDO SE PRESTAN LOS SERVICIOS** y que mi veterinario tiene la autoridad para mantener a mi mascota hasta que todos los cargos se paguen en su totalidad.

Nombre del Propietario/Agente (en letra de imprenta): Fecha: / /

Firma del Propietario/Agente: