

Clínica Veterinaria de la Sucursal
205 Avenida Belmont
Tifton, GA 31794

Teléfono: (229) 382-6055

Correo electrónico: branchvet@friendlycity.net

Formulario de autorización del tratamiento

Nombre del cliente: _____ Nombre de la mascota: _____

Procedimientos que se están realizando: _____

Estimación: **SI** **NO** Monto: _____ Depósito (monto): _____

Fecha: ___/___/___

****¿A qué número de teléfono podemos localizarnos hoy?** _____

(Es importante que nos comuniquemos con usted en caso de una emergencia... o lo tratamos como mínimo)

****Por favor, lea atentamente la siguiente información. Asegúrese de comprender completamente la condición de sus mascotas y el tratamiento que implica **ANTES de** firmar este formulario y salir de la clínica. Es muy importante que haga todas y cada una de las preguntas que pueda tener antes de aceptar cualquier opción de tratamiento. Si no se le ofreció un presupuesto y desea que se le dé uno antes de tratar a su mascota, **SOLICITE UNO ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO Y SALIR DEL HOSPITAL!!!!** De lo contrario, las pruebas y tratamientos acordados verbalmente entre usted y el médico se llevarán a cabo sin cuestionamientos y usted será responsable de todos y cada uno de los cargos que se deriven de ese acuerdo verbal.**

**** Asegúrese de dejar un número de teléfono actual y **VÁLIDO** con nosotros para que podamos comunicarnos con usted en caso de una emergencia o si tenemos alguna pregunta adicional. Es posible que no se le pida su número actual, por lo que es su responsabilidad asegurarse de que tengamos uno antes de salir de la clínica. Si no podemos comunicarnos con usted al número que nos dejamos, es posible que no podamos tratar adecuadamente a su mascota en caso de una emergencia o si surgen complicaciones con el protocolo de tratamiento actual acordado. En el caso de que no podamos comunicarnos con usted durante ese tiempo, su mascota será tratada como se considere médicamente apropiado por el médico a cargo y usted será responsable de todos los cargos asociados con este tratamiento adicional.**

****El horario de visita de nuestro hospital es entre las 9 a.m. y las 5 p.m. durante la mayoría de los días. Por favor, comprenda que, por el bien de nuestro personal y de los demás pacientes del hospital, debemos limitar sus visitas a una vez al día. ¡¡Gracias por su comprensión!!**

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 y el médico determina que es médicamente apropiado, los animales serán vacunados contra la rabia a su cargo. Esto no es negociable, es la ley.
2. La Clínica Veterinaria de Branch tiene una **política de NO COBRAR, NO FACTURAR**. Esto significa que todas las **TARIFAS DEBEN PAGARSE EN SU TOTALIDAD** cuando se prestan los servicios. Los pagos pueden incluir: efectivo, cheque, tarjeta de crédito, Scratchpay o Care Credit. Si no está seguro del costo de su procedimiento o le preocupa el monto de las tarifas que se cobran, notifique a la recepcionista / médico **ANTES de** firmar este formulario.

Autorización para el tratamiento

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. Me doy cuenta de que no se pueden garantizar los resultados de un tratamiento/procedimiento y que estaré obligado financieramente a pagar por cualquier tratamiento/procedimiento que se le haga a mi mascota a pesar del resultado. Entiendo que puedo terminar el tratamiento en cualquier momento poniéndome en contacto con el veterinario tratante.

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. Comprenda que el **PAGO SE DEBE EN SU TOTALIDAD CUANDO SE PRESTAN LOS SERVICIOS** y que mi veterinario tiene la autoridad para quedarse con mi mascota hasta que todos los cargos se paguen en su totalidad. Acepto recoger a mi mascota dentro de los 10 días posteriores a la fecha de alta y entiendo que no hacerlo indicará el abandono de mi mascota, y mi mascota pasará a ser propiedad de la Clínica Veterinaria de Branch. Entiendo que si no puedo recoger a mi mascota dentro del tiempo designado, me comunicaré con la Clínica Veterinaria de Branch y haré los arreglos para una estadía continua.

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

Firma del Propietario/Agente: