

Spay Neuter Network

Esterilización de autorización y comunicado de forma se trata de un documento jurídicamente vinculante lea antes de firmar.

Procedimiento y los riesgos

su origen animal está sufriendo esterilización cirugía y neutro. Hay riesgos naturales involucrados con la cirugía en sí, y el uso de anestésicos y otras drogas. Lesiones y la muerte puede ser resultado de la cirugía, los procedimientos conexos, y de complicaciones después de la cirugía. Dosis **Spay Neuter Network** no realizar análisis de sangre pre-operatorio y su mascota podrá tener trastornos del hígado, los riñones, la sangre y del sistema. Estos trastornos pueden aumentar sus mascotas riesgos anestésicos. Las siguientes condiciones aumentan la posibilidad de complicaciones o la muerte, durante o después de la cirugía:

- los animales en estado avanzado de embarazo
- los animales en celo
- los animales de edad avanzada
- animales afectados por gusanos, la leucemia, o enfermedades o lesiones
-

Su perra o gata recibirá un pequeño tatuaje en su parte inferior para mostrar que ha sido esterilizado.

Tengo 18 años de edad o más y el dueño o agente autorizado de responsable del animal se describe a continuación. Yo entiendo los riesgos de la cirugía de mis animales y que la lesión o la muerte puede ocurrir. Asumo toda la responsabilidad por las consecuencias que puedan surgir.

Yo autorizo **Spay Neuter Network**, su miembro del personal, voluntarios y agentes para recibir, transportar y proceder cualquier y todos los servicios necesarios para la cirugía de esterilización que se desempeñasen a los animales se enumeran a continuación: Nombre, edad y descripción de los animales:

Mascota #1 _____

Mascota #2 _____

Mascota #3 _____

Mascota #4 _____

Que yo sepa, estos animales se encuentran en buen estado de salud

Si el animal muere como resultado de la cirugía, se le notificará el animal final puede ser recogido por mí o por los restos serán atendidas de acuerdo con la ley estatal y la política de esta clínica. Yo entiendo que soy responsable de pagar todos los costos de los servicios prestados, incluidos los gastos de mantenimiento y eliminación de los animales.

Entiendo que **Spay Neuter Network** no es responsable de complicaciones como consecuencia de mi falta de seguimiento posterior a la instrucción del fallo, mi petición de liberar al animal temprana, mientras que sigue mostrando signos de sedación, y mi falta de mantenimiento de la cubierta de los animales durante siete días, o de enfermedades contagiosas para que el animal no era previamente vacunados, incluyendo los de las perreras.

Entiendo que hay un cierto riesgo de un accidente de vehículo en movimiento cuando mi animal está siendo transportada a la clínica de cirugía y **Spay Neuter Network** y su conductor salvo de cualquier liability de tal accidente.

Reconozco que no garantiza ni asegura que se me ha hecho respecto a los resultados de esta cirugía.

Veterinarios Independientes

Reconozco que los veterinarios tratar mi animal no funcionan para **Spay Neuter Network**. Los veterinarios se dedican a la práctica privada de la medicina veterinaria y no son empleados o agentes del **Spay Neuter Network**. **Spay Neuter Network** no es responsable de la decisión o la conducta de los veterinarios que tratan o prestación de servicios a mi animal (s). **Spay Neuter Network** no ejerce el control de cualquier naturaleza sobre los procedimientos realizados por el veterinario y no llevará a cabo **Spay Neuter Network**, es personal, voluntarios o agentes responsables o responsable de ninguna manera por cualquier complicación que pueda surgir durante la cirugía o como una cirugía de resultado.

El veterinario podrá realizar tratamientos o procedimientos adicionales que él o ella siente son importantes para la salud del animal (s). Estos tratamientos o procedimientos adicionales están fuera del alcance de los servicios **Spay Neuter Network** y las cargas adicionales pueden aplicar.

El veterinario también puede negarse a realizar un trámite en cualquier animal por cualquier motivo. Esta negativa es a la discreción del veterinario tratante. También entiendo y reconozco que **Spay Neuter Network** puede negarse a aceptar cualquier animal que, en su opinión, podría poner en peligro la seguridad de cualquier otro animal o persona. Yo certifico que este animal no ha tenido comida por lo menos diez (10) horas antes de la cirugía.

Entiendo que tengo que recoger a este animal en el día y hora indicadas por el personal **Spay Neuter Network**. De no recogerse en el plazo de un día será interpretado como un abandono y de los animales puede ser desposeído, o destruidos, lo que consideren mejor. Un cargo de \$ 15 se evaluará a todos los propietarios que no recogen a sus animales antes de las 5:00 pm o en los lugares de recogida en el tiempo designado, con los gastos de un día para otro de \$ 20 por noche.

A mi mejor saber y entender, este animal ha mordido a ninguna persona NO DURANTE los últimos quince (15) días anteriores a esta fecha.

Microchips Son la mejor forma de recuperar sus animales domésticos cuando se pierden. **Spay Neuter Network** ofrece este servicio por sólo \$ 15.00. ¿Le gustaría que Microchip hoy su mascota? _____ Si _____ No (Adoptado mascotas en TX debe ser convertida en astillas)

Los dueños de perros por favor, una inicial de los siguientes:

Si bien requiere para perros de más de 5 años de edad, una prueba oculta del parásito del corazón antes de la anestesia se recomienda a todos los perros de más de 7 meses antes de cirugías electivas. Enfermedad del gusano del corazón puede conducir a complicaciones graves e incluso la muerte, bajo o después de la anestesia \ Cirugía.

_____ Yo, propietario o agente autorizado de perro, solicitar una prueba del parásito del corazón oculta por quirúrgica para mi perro por un cargo adicional de 16.50 dólares.

_____ Yo, El propietario (agente orauthorized) negarse a la prueba del parásito del corazón antes de la operación y comprender plenamente los riesgos adicionales que ello suponga si mi perro es del parásito del corazón positivo.

Los dueños de perros por favor inicial que se le ha informado las siguientes fases:

_____ El medicamento para el dolor después de la cirugía utiliza en perros es ketoprofeno. este es un fármaco no esteroide anti-inflamatorio (NSAID) que esté etiquetado para uso en caballos. El uso en perros se considera "fuera lable", pero no es rara en medicina veterinaria. Los efectos secundarios de esta droga, como en los NSAIDs, pueden incluir malestar gastrointestinal y, raramente, disfunción renal. Si no prefiera realizar han utilizado el ketoprofeno, un medicamento para el dolor alternativa puede ser dada por un cargo extra. por favor inicial que se le ha informado que se trata de un uso de la etiqueta fuera de la droga.

_____ Su perro se le ha dado dos medicamentos hoy para paqin: uno que tiene una duración de seis horas y otro que dura aproximadamente 24 horas. Algunos perros pueden experimentar dolor durante más de 24 horas. Usted puede comprar medicamentos para el dolor extra para llevar a casa por un cargo adicional. motivos iniciales que se le ha informado de la disponibilidad de medicamentos para el dolor y no desean comprarlo.

por favor, un propietario de gato inicial de los siguientes:

A por-anestésica FELV \ test FIV se recomienda antes de cirugías electivas. Esta enfermedad puede conducir a complicaciones graves e incluso la muerte, bajo o después de la anestesia o cirugía.

_____ Yo, el dueño o el agente responsable de anthorized la solicitud un gato FELV \ test FIV para mi gato por un cargo adicional de 20.00 dólares.

_____ Yo, el dueño o agente autorizado responsable de la disminución del gato antes de la operación FeLV / FIV prueba nuestro cuerpo comprender plenamente los riesgos adicionales si mi gato es FEL / FIV positivo.

Las donaciones por favor Spay Neuter Network es una organización benéfica sin fines de lucro que trabaja en las donaciones. nuestro costo para realizar una cirugía gato es de \$ 65 y una cirugía del perro es de \$ 95. Por favor considere dar una donación de _____ \$1 _____ \$5 _____ \$10 _____ otros. Será Addad a su factura. Gracias

Al firmar a continuación, le confirmo que los procedimientos a realizar han sido plenamente explicado a mí a mi entera satisfacción y he leído y entendido el contenido de este documento.

Firma _____ Fecha _____

Aceptamos el pago sólo en efectivo