

Nombre: _____ Teléfono _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código postal _____

Procedimiento y riesgos

Su (s) animal (es) se someten a una cirugía de esterilización y / o castración. Existen riesgos inherentes relacionados con la cirugía y el uso de anestésicos y otras drogas. Las Lesiones y/ o muerte puede resultar de la cirugía, de cualquier procedimiento relacionado y de complicaciones posteriores a la cirugía.

SPAY NEUTER NETWORK no realiza análisis de sangre prequirúrgicos, y su (s) animal (es) pueden tener trastornos desconocidos del hígado, riñón, sangre u otro sistema. Dichos trastornos pueden aumentar el riesgo anestésico y/o pueden empeorar con el uso de ciertos medicamentos SPAY NEUTER NETWORK recomienda que se realicen análisis de sangre prequirúrgicos realizado en una clínica veterinaria de servicio completo antes de la cirugía. Las siguientes condiciones aumentan la posibilidad de complicaciones y/o muerte antes, durante o después de la cirugía:

- Animales en etapas avanzadas del embarazo.
- Animales en celo
- Animales de edad avanzada
- Animales que padecen gusanos del corazón, parásitos intestinales, leucemia, afecciones subyacentes del corazón, pulmones, hígado, riñones, etc., u otras enfermedades o lesiones.

Sus animales recibirán un pequeño tatuaje para mostrar que han sido esterilizados.**Consentimiento:**

Tengo 18 años de edad o más y soy el propietario (o agente autorizado) responsable de los animales que se describen a continuación. Autorizo a SPAY NEUTER NETWORK, su personal miembros, voluntarios y / o agentes para recibir, transportar y realizar todos y cada uno de los servicios necesarios para la cirugía de esterilización que se realizará en el (los) animal (es) nombrado (s)

Incluya nombre (s), edad (es), color (es) y raza (s).

Mascota # 1 _____ Mascota # 2 _____

Mascota # 3 _____ Mascota # 4 _____

Mascota # 5 _____

Reconozco que no se me han hecho garantías con respecto a los resultados de la cirugía.

Entiendo los riesgos involucrados en la cirugía de mi animal y que puede ocurrir una lesión, muerte o infección postoperatoria. Entiendo que mis animales se colocarán debajo de anestesia general. Asumo toda la responsabilidad por las consecuencias que puedan surgir. Entiendo y acepto estos riesgos para mi animal.

Que yo sepa, este animal (es) goza de buena salud. Verifico que, que yo sepa, este animal (s) no tiene una condición diagnosticada previamente. Verifico que mi (s) animal (es) tiene no ha estado vomitando, estornudando, tosiendo o experimentando diarrea en las últimas dos (2) semanas.

Verifico que este animal (s) ha estado en ayunas durante al menos 10 horas antes de la cirugía (con la excepción de los animales menores de 4 meses de edad). Entiendo que la anestesia y los medicamentos sedantes pueden causar malestar estomacal y provocar vómitos. El vómito aumenta el riesgo de aspiración del contenido del estómago hacia los pulmones de los animales, lo que puede provocar neumonía por aspiración. Entiendo que SPAY NEUTER NETWORK no es responsable de las complicaciones derivadas de la falta de ayuno de mis animales.

Entiendo que SPAY NEUTER NETWORK no es responsable de las complicaciones derivadas de mi solicitud de liberar mi (s) animal (es) sin dejar de mostrar signos de sedación, complicaciones resultantes de mi incapacidad para seguir las instrucciones postoperatorias, y complicaciones resultantes de mi incapacidad para mantener a mis animales en el interior durante al menos siete (7) días después de la cirugía.

Entiendo que existen riesgos inherentes al no mantener las vacunas actuales. SPAY NEUTER NETWORK recomienda que los animales sean vacunados dos (2) semanas antes a la cirugía. SPAY NEUTER NETWORK no es responsable de las enfermedades contagiosas contraídas después de la cirugía para las cuales el animal no fue vacunado previamente, incluyendo, pero no se limita a la tos de la perrera. Soy responsable por el costo del tratamiento.

Entiendo que si mi (s) animal (es) es un buen candidato quirúrgico y está embarazada al momento de la cirugía, el embarazo terminará.

Entiendo que DEBO recoger este animal (es) en la fecha y hora indicadas por el personal de SPAY NEUTER NETWORK. No recoger mis animales dentro de un (1) día de la cirugía se interpretará como abandono. Se aplicará un cargo nocturno de \$ 20 por noche a todos los propietarios que no recojan sus animales antes de las 4:00 pm en la clínica de Dallas, 5:00 pm en la clínica de Crandall, 4:00pm en la clínica de Fort Worth, y 3:00 pm en la clínica móvil, o la hora designada en el transporte. El personal no esperará su regreso. Yo comprenda que las clínicas de SPAY NEUTER NETWORK no cuentan con personal durante la noche, y los animales estarán desatendidos durante este tiempo.

Entiendo que existe el riesgo de un accidente automovilístico en movimiento cuando mi animal está siendo transportado a la clínica y mantiene indemne la SPAY NEUTER NETWORK y su conductor cualquier responsabilidad resultante de dicho accidente.

Que yo sepa, este animal (es) no ha mordido a ninguna persona durante los últimos quince (15) días anteriores a esta fecha.

Proporcionaré a mi (s) animal (es) un ambiente limpio, seco e interior para la recuperación. Proporcionaré monitoreo y atención posquirúrgica de acuerdo con el postoperatorio Instrucciones proporcionadas para mí.

Entiendo que si mi animal muere, el animal será recogido por mí o los restos serán eliminados de acuerdo con las leyes estatales y la política de SPAY NEUTER NETWORK. Entiendo que soy responsable de pagar todos los costos de los servicios prestados, incluidos los medicamentos para la RCP, el costo de mantener y / o deshacerse de los animales.

Veterinarios independientes

Reconozco que los veterinarios que tratan a mis animales no trabajan para SPAY NEUTER NETWORK. Los veterinarios se dedican a la práctica privada de veterinaria, medicina y no son empleados o agentes de SPAY NEUTER NETWORK. SPAY NEUTER NETWORK no es responsable del juicio o la conducta de los veterinarios que tratan o brindan servicios a mis animales. SPAY NEUTER NETWORK no ejerce control de ninguna naturaleza sobre los procedimientos realizados por el asistente. El veterinario y yo no haremos responsable a SPAY NEUTER NETWORK, su personal, voluntarios o agentes de ninguna manera por cualquier complicación que pueda surgir durante cirugía o como resultado de la cirugía.

El veterinario puede realizar tratamientos o procedimientos adicionales que considere importantes para la salud de los animales. Estos tratamientos o procedimientos adicionales están más allá del alcance de los servicios de SPAY NEUTER NETWORK y pueden aplicarse cargos adicionales.

El veterinario también puede negarse a realizar cualquier procedimiento en cualquier animal por cualquier motivo. Dicha denegación queda a criterio exclusivo del veterinario a cargo. Yo también comprendo y reconozco que SPAY NEUTER NETWORK puede negarse a aceptar cualquier animal que, en su opinión, pueda poner en peligro la seguridad de cualquier otro animal o persona.

Por cualquier mascota rechazada por razones médicas o de seguridad, se le cobrará al menos \$ 15 por animal por el examen y todos los servicios y medicamentos proporcionados.

Por favor lea e inicialice lo siguiente: AGREGUE UNA NOTA SI CUALQUIERA DE LAS RESPUESTAS A CONTINUACIÓN NO SE APLICA A NINGUNA MASCOTA ESPECÍFICA ANTERIOR.

_____ **PULGAS**, entiendo que si se notan pulgas en mi (s) animal (es) en cualquier momento antes de la cirugía, se le dará Capstar® a un costo de \$ 10.00. (Capstar® es temporal tableta de control de pulgas que no debe reemplazar un tratamiento mensual de pulgas).

Los **MICROCHIPS** son la forma más efectiva de recuperar animales que se han perdido. SPAY NEUTER NETWORK ofrece este servicio por \$ 15.00. I _____ **SI** _____ **NO**
Deseo que mis animales sean microchip hoy. (Los animales adoptados en TX deben ser microchip).

PROPIETARIOS DE PERROS, inicie uno de los siguientes:

_____ Me han informado que el medicamento para el dolor que se usa en los perros para controlar el dolor durante la cirugía es el ketoprofeno. Este es un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) que es etiquetado para su uso en caballos. El uso en perros se considera "fuera de etiqueta", pero no es raro en medicina veterinaria. Los efectos secundarios de este medicamento, como en todos los AINE, pueden incluir trastornos gastrointestinales y, rara vez, disfunción renal. He sido informado del uso no indicado en la etiqueta de este medicamento y acepto su uso en mis animales.

_____ No deseo que se use Ketoprofeno en mi (s) perro (s) y me gustaría usar un medicamento alternativo para el dolor con un cargo adicional.

PROPIETARIOS DE PERROS, inicie uno de los siguientes:

Si bien se requiere para perros de 5 años en adelante, se recomienda una prueba de gusano cardíaco preanestésico para todos los perros mayores de 7 meses de edad antes de las cirugías electivas. Enfermedad del gusano del corazón puede provocar complicaciones graves e incluso la muerte, bajo o después de la anestesia.

_____ Yo, el dueño (o agente autorizado) del perro, solicito una prueba de gusano cardíaco prequirúrgico para mi perro por una tarifa adicional de \$ 16.50.

_____ Yo, el dueño (o agente autorizado) del perro, rechazo la prueba prequirúrgica del gusano del corazón y entiendo completamente los riesgos adicionales involucrados si mi perro es positivo.

PROPIETARIOS DE PERROS, inicie uno de los siguientes:

Hoy se le dará a su perro un medicamento para el control del dolor que dura aproximadamente 24 horas. Algunos perros pueden experimentar dolor más allá de las 24 horas. Puedes comprar más analgésicos para llevar a casa por un cargo adicional. Inicialice que ha sido informado de la disponibilidad de analgésicos adicionales y que _____ **SI** _____ **NO** deseo comprarlo.

PROPIETARIOS DE GATOS, por favor inicie uno de los siguientes:

A su gato se le dará un medicamento para el control del dolor hoy que dura aproximadamente 24 horas. Algunos gatos pueden experimentar dolor más allá de las 24 horas. Puedes comprar más analgésicos para llevar a casa por un cargo adicional. Inicialice que ha sido informado de la disponibilidad de analgésicos adicionales y que _____ **SI** _____ **NO** deseo comprarlo.

PROPIETARIOS DE GATOS, por favor inicie uno de los siguientes:

Se recomienda una prueba de FeLV / FIV preanestésica antes de las cirugías electivas. Esta enfermedad puede provocar complicaciones graves e incluso la muerte, bajo o después de la anestesia / cirugía.

_____ Yo, el propietario (o agente autorizado) solicito una prueba de FeLV / FIV para mi gato por una tarifa adicional de \$20.

_____ Yo, el propietario (o agente autorizado) rechazo una prueba de FeLV / FIV y entiendo completamente los riesgos adicionales si mi gato es positivo para FeLV / FIV.

DONACIONES: Spay Neuter Network es una organización sin fines de lucro que puede proporcionar cirugías para la comunidad gracias a donaciones como la suya. El costo para realizar una cirugía de gato es de \$100 y el costo para realizar una cirugía de perro es \$125. Por Favor considere dar una donación de _____ \$5 _____ \$10 _____ \$20 _____ o Otros _____. Se agregará a su Factura ¡GRACIAS!

Al firmar a continuación, confirmo que los procedimientos a realizar me han sido completamente explicados a mi entera satisfacción, y he leído y entiendo el contenido de este documento. Entiendo que los servicios indicados anteriormente se incluirán en mi facture final. Entiendo si solicito algún servicio adicional o si el veterinario de servicio realiza tratamientos o procedimientos adicionales, que incluyen, entre otros, la extracción de dientes deciduos retenidos que él o ella considera son importante para la salud y seguridad del animal al momento de la cirugía, soy responsable de esos servicios. Se pueden incurrir cargos adicionales si mi (s) animal (es) está (n) embarazada, en celo o tiene testículos no descendidos. Entiendo que todos los servicios prestados hoy serán pagaderos a través de la tarjeta de crédito registrada y se cobrarán antes del alta del paciente. Entiendo que es mi responsabilidad contactar a la clínica si se va a usar una tarjeta alternativa antes de las 10am. Acuerdo de no desaparición: Al firmar este formulario, acepto que no menospreciaré a Spay Neuter Network (SNN) ni a ninguno de sus funcionarios, directores o empleados en ningún foro público, incluidos los sitios web o aplicaciones de revisión de Internet y redes sociales. A los fines de esta Sección, "menosprecio" significará cualquier declaración negativa, ya sea escrita u oral, sobre Spay Neuter Network. En caso de que surjan complicaciones o problemas con SNN y conmigo mismo, acepto trabajar solo con la administración de SNN en persona o por teléfono para resolver el problema o los problemas. Su firma permite que SNN lo use a usted y / o la foto de su mascota en material promocional.

FIRMA _____ FETCHA _____

ACEPTAMOS SOLO PAGO CON MASTERCARD o VISA

Información de facturación: Solo use esta sección si NO tiene una cita programada.

Nombre en la tarjeta: _____ Número de tarjeta _____ Código CVV _____

DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN: dirección, ciudad, estado, código postal _____