



**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN Y LIBERACIÓN**  
**ESTE ES UN DOCUMENTO LEGALMENTE VINCULANTE, LÉALO ANTES DE FIRMARLO.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Procedimiento y Riesgos**

Su(s) animal(es) va(n) a ser sometido(s) a una cirugía de esterilización y/o castración. Existen riesgos inherentes a la cirugía y al uso de anestésicos y otros medicamentos. Pueden producirse lesiones y/o la muerte a causa de la cirugía, de cualquier procedimiento relacionado y de las complicaciones posteriores a la cirugía

SPAY NEUTER NETWORK no realiza análisis de sangre prequirúrgicos, y su(s) animal(es) puede(n) tener trastornos desconocidos del hígado, riñón, sangre y/u otro sistema. Estos 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 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 de gusanos del corazón, parásitos intestinales, leucemia, condiciones existentes del corazón, pulmones, hígado, riñones, etc., u otras enfermedades o lesiones.

**Su(s) animal(es) recibirá(n) un pequeño tatuaje para demostrar que ha(n) sido esterilizado(s).**

**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, a los miembros de su personal, 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) abajo:

Porfavor incluya **nombre (s), edad (es), color (es) y raza (s)**

Mascota # 1 \_\_\_\_\_ Mascota # 2 \_\_\_\_\_

Mascota # 3 \_\_\_\_\_ Mascota # 4 \_\_\_\_\_

**TERMINOS:**

Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía o seguridad sobre los resultados de la cirugía.

Comprendo los riesgos que conlleva la cirugía de mi animal y que pueden producirse lesiones, la muerte o una infección postoperatoria. Entiendo que mi(s) animal(es) será(n) sometido(s) a anestesia general. Asumo toda la responsabilidad de las consecuencias que puedan surgir. Entiendo y acepto estos riesgos para mi animal.

Entiendo que este(os) animal(es) se encuentra(n) en buen estado de salud. Verifico que, según mi conocimiento, este(s) animal(es) no tiene(n) una enfermedad previamente diagnosticada. Verifico que mi(s) animal(es) no ha(n) tenido vómitos, estornudos, tos y/o diarrea en las últimas dos (2) semanas.

Verifico que este(s) animal(es) ha(n) sido ayunado(s) 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 fármacos sedantes pueden causar malestar estomacal que resulte en vómitos. Los vómitos aumentan el riesgo de aspiración del contenido del estómago en los pulmones del animal, lo que puede provocar una neumonía por aspiración. Entiendo que SPAY NEUTER NETWORK no es responsable de las complicaciones resultantes de la falta de ayuno de mi(s) animal(es).

Entiendo que SPAY NEUTER NETWORK no es responsable de las complicaciones resultantes de mi solicitud de dar de alta a mi(s) animal(es) mientras todavía muestra(n) signos de sedación, las complicaciones resultantes de mi incumplimiento de las instrucciones postoperatorias, y las complicaciones resultantes de mi incumplimiento de mantener a mi(s) animal(es) en el interior durante al menos siete (7) días después de la cirugía.

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

Entiendo que si mi(s) animal(es) es(n) una buena candidato quirúrgico y está(n) preñada(s) en el momento de la cirugía, el embarazo será interrumpido.

Entiendo que **DEBO** recoger este(os) animal(es) en la fecha y hora indicada por el personal de SPAY NEUTER NETWORK. Si no recojo a mi(s) animal(es) dentro de un (1) día después de la cirugía, se interpretará como abandono. Un cargo de \$20 por noche será evaluado a todos los dueños que no recogen su animal(es) antes de las 4:00 p.m. en la clínica de Dallas, 5:00 p.m. en la clínica de Crandall, 4:00 p.m. en la clínica de Fort Worth, 3:00 p.m. en la clínica móvil, o la hora designada en el transporte. El personal no esperará su regreso. Entiendo que las clínicas de SPAY NEUTER NETWORK no tienen personal durante la noche, y los animales estarán desatendidos durante este tiempo.

Entiendo que existe el riesgo de un accidente con un vehículo en movimiento cuando mi animal es transportado a la clínica y eximo a SPAY NEUTER NETWORK y su conductor de cualquier responsabilidad resultante de dicho accidente.

A mi conocimiento, este(os) animal(es) no ha(n) mordido a ninguna persona durante los últimos quince (15) días anteriores a esta fecha.

Proporcionaré a mi(s) animal(es) un entorno limpio, seco y cerrado para su recuperación. Proporcionaré un seguimiento y cuidados postoperatorios de acuerdo con las instrucciones post-operativas que se me han proporcionado.

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, incluyendo cualquier medicamento de RCP, el costo de mantener y/o la eliminación de los animales.

Entiendo que los servicios aquí rubricados se incluirán en mi factura final.

Entiendo que si ordeno cualquier servicio adicional o el veterinario de turno realiza cualquier tratamiento o procedimiento adicional (incluyendo pero no limitado a la extracción de dientes caducos retenidos que considere importante para la salud y seguridad del animal en el momento de la cirugía), soy responsable del pago de dichos servicios.

Entiendo que se pueden incurrir cargos adicionales si mi(s) animal(es) está(n) preñado(s), en celo o tiene(n) testículos no descendidos.

Entiendo que todos los servicios prestados hoy serán pagados a través de la tarjeta de crédito en el archivo y serán cargados antes del alta del paciente.

Entiendo que es mi responsabilidad contactar a la clínica con la información de la tarjeta alternativa que se utilizará antes de las 10 de la mañana en la fecha de cualquier cita programada.

Por la presente, reconozco y acepto que en caso de que surja cualquier complicación o problema con SNN y conmigo, trabajaré únicamente con la dirección de SNN en persona o por teléfono para resolver el problema o los problemas a tiempo y de forma satisfactoria para ambas partes. En tal caso, me comprometo a no desprestigiar a SNN o a cualquiera de sus funcionarios, directores o empleados en cualquier foro público, incluyendo las redes sociales y los sitios web o aplicaciones de revisión de Internet. Para los propósitos de esta sección, "desacreditar" significará cualquier declaración negativa, ya sea escrita u oral, sobre SNN.

**DONACIONES**, SPAY NEUTER NETWORK es una organización sin fines de lucro que es capaz de proveer 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 de \$125. Por favor, considere hacer una donación de \_\_\_\_\$5 \_\_\_\_\$10 \_\_\_\_\$20 \_\_\_\_Otra. Se agregará a su factura. ¡GRACIAS!

**MATERIALES PROMOCIONALES:** Su firma a continuación permite a SNN usar su foto y/o la de su mascota en material promocional.

#### **Veterinarios Independientes**

Reconozco que los veterinarios que tratan a mi(s) animal(es) no trabajan para SPAY NEUTER NETWORK. Los veterinarios se dedican a la práctica privada de la medicina veterinaria y no son empleados o agentes de SPAY NEUTER NETWORK. SPAY NEUTER NETWORK no es responsable por el juicio o la conducta de los veterinarios que tratan o proporcionan servicios a mi(s) animal(es). SPAY NEUTER NETWORK no ejerce control de ninguna naturaleza sobre los procedimientos realizados por el veterinario que me atiende y no haré responsable a SPAY NEUTER NETWORK, su personal, voluntarios o agentes de ninguna manera por cualquier complicación que pueda surgir durante la cirugía o como resultado de la misma.

El veterinario puede realizar tratamientos o procedimientos adicionales que considere importantes para la salud de los animales. Estos tratamientos o procedimientos adicionales están fuera 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 razón. Tal rechazo es a la sola discreción del veterinario que atiende. 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. Para cualquier mascota rechazada por razones médicas o de seguridad, se le cobrará al menos 20 dólares por animal para el examen y se le cobrará por todos los servicios y medicamentos proporcionados.

**Por favor, lea y anote sus iniciales en lo siguiente:**

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

Los **MICROCHIPS** son la forma más efectiva de recuperar animales que se han perdido. SPAY NEUTER NETWORK ofrece este servicio por \$16.50. Yo \_\_\_\_\_ **SI** \_\_\_\_\_ **NO** deseo que le coloquen a mi(s) animal(es) un microchip hoy. (Los animales adoptados en TX deben tener microchip, las mascotas que viven en las ciudades de Dallas y Fort Worth están obligadas por ley a tener un microchip).

**PROPIETARIOS DE PERROS, por favor anote sus iniciales en una de las siguientes opciones:**

\_\_\_\_\_ Me han informado de que el analgésico utilizado en perros para controlar el dolor durante la cirugía es el ketoprofeno. Se trata de un fármaco antiinflamatorio no esteroide (AINE) que está etiquetado para su uso en caballos. Su uso en perros se considera "fuera de etiqueta", pero no es infrecuente en la medicina veterinaria. Los efectos secundarios de este fármaco, como los de todos los AINE, pueden incluir trastornos gastrointestinales y, rara vez, disfunción renal. Se me ha informado del uso fuera de etiqueta de este medicamento y acepto su uso en mi(s) animal(es).

\_\_\_\_\_ No deseo que se utilice Ketoprofeno en mi(s) perro(s) y me gustaría que se utilizara un analgésico alternativo con un costo adicional.

**PROPIETARIOS DE PERROS, por favor anote sus iniciales en una de las siguientes opciones:**

Aunque se requiere para los perros de 5 años o más, se recomienda una prueba preanestésica del gusano del corazón para todos los perros de más de 7 meses de edad antes de las cirugías electivas. La enfermedad del gusano del corazón puede provocar complicaciones graves, e incluso la muerte, bajo o después de la anestesia.

\_\_\_\_\_ Yo, propietario (o agente autorizado) del perro, solicito una prueba prequirúrgica del gusano del corazón para mi perro por una tarifa adicional de 16,50 dólares.

\_\_\_\_\_ Yo, el propietario (o agente autorizado) del perro, rechazo la prueba prequirúrgica del gusano del corazón y comprendo plenamente los riesgos adicionales que implica que mi perro sea positivo al gusano del corazón.

**PROPIETARIOS DE PERROS, por favor anote sus iniciales en una de las siguientes opciones:** Su perro recibirá hoy una medicación para controlar el dolor que dura aproximadamente 24 horas. Algunos perros pueden experimentar dolor más allá de las 24 horas. Usted puede comprar medicación adicional para el dolor para llevar a casa por un cargo adicional. Por favor, ponga sus iniciales para indicar que ha sido informado de la disponibilidad de medicación adicional para el dolor y que \_\_\_\_\_ **SI** o \_\_\_\_\_ **NO** deseo comprarla.

**PROPIETARIOS DE GATOS, por favor anote sus iniciales en una de las siguientes opciones:** Su gato recibirá hoy un medicamento para controlar el dolor que dura aproximadamente 24 horas. Algunos gatos pueden experimentar dolor más allá de las 24 horas. Usted puede comprar medicación adicional para el dolor para llevar a casa por un cargo adicional. Por favor, ponga sus iniciales para indicar que ha sido informado de la disponibilidad de medicación adicional para el dolor y que \_\_\_\_\_ **SI** o \_\_\_\_\_ **NO** deseo comprarla.

**PROPIETARIOS DE GATOS, por favor anote sus iniciales en una de las siguientes opciones:**

Se recomienda realizar una prueba preanestésica de FeLV/FIV 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 \$ \$25.00.

\_\_\_\_\_ Yo, el propietario (o agente autorizado) rechazo una prueba de FeLV/FIV y comprendo plenamente los riesgos adicionales si mi gato es positivo a FeLV/FIV.

**PROPIETARIOS DE GATOS, por favor anote sus iniciales en una de las siguientes opciones:**

Por la salud y el bienestar de mi gato, entiendo que SNN recomienda encarecidamente que compre un collar para ayudar a prevenir el contacto (incluyendo el lamido) de cualquier zona de incisión, que si no se evita por mi parte, puede causar problemas postoperatorios. Por favor, ponga sus iniciales para indicar que se le ha informado de la disponibilidad de comprar un collar para mi gato y que usted \_\_\_\_\_ **SI** o \_\_\_\_\_ **NO** desea comprarlo.

Al firmar a continuación. Confirmando que: (i) los procedimientos que se van a realizar me han sido explicados en su totalidad y a mi satisfacción, y (iii) he leído, entendido y aceptado el contenido de este documento.

FIRMA \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SOLO ACEPTAMOS PAGOS EN EFECTIVO, TARJETA MASTERCARD o VISA**