



**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE ESTERILIZACIÓN Y LIBERACIÓN
ESTE ES UN DOCUMENTO LEGALMENTE VINCULANTE, LÉALO ANTES DE FIRMAR
POR FAVOR COMPLETE UN FORMULARIO DIFERENTE PARA CADA DIRECCIÓN DE TRAMPA**

NOMBRE DEL CUIDADOR _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN DE ATRAPAMIENTO _____ CIUDAD/CÓDIGO POSTAL _____

NÚMERO DE GATOS HOY DE ESTA DIRECCIÓN _____

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.

Todos los gatos salvajes deben estar en trampas humanitarias, recibirán un pequeño tatuaje en la parte inferior y se inclinará la oreja izquierda para mostrar que han sido esterilizados. SIN EXCEPCIONES.

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 a recibir, transportar y realizar todos los servicios necesarios para la cirugía de esterilización que se realizará en el(los) animal(es) que se nombra(n) a continuación:

Color(es), edad estimada(as), y descripción(es) del gato/a (s):			
--	--	--	--

Gato/a #1 _____ Color _____ Gato/a #4 _____ Color _____

Gato/a #2 _____ Color _____ Gato/a #5 _____ Color _____

Gato/a #3 _____ Color _____ Gato/a #6 _____ Color _____

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

Entiendo los riesgos involucrados en la cirugía de mi animal y que pueden ocurrir lesiones, muerte o infección posoperatoria. Entiendo que mis animales serán colocados bajo anestesia general. Asumo toda la responsabilidad de las consecuencias que puedan derivarse. 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) estado en ayunas durante al menos **10 horas antes de la cirugía** (con excepción de los animales menores de 4 meses).

Entiendo que la anestesia y los medicamentos sedantes pueden causar malestar estomacal y provocar vómitos. Los vómitos aumentan el riesgo de aspiración del contenido del estómago a los pulmones del animal o animales, lo que puede provocar neumonía por aspiración. Entiendo que SPAY NEUTER NETWORK no es responsable de las complicaciones que resulten de la falta de ayuno de mi(s) animal(es).

Entiendo que SPAY NEUTER NETWORK no es responsable de las complicaciones que resulten de mi solicitud de liberar a mi(s) animal(es) mientras todavía muestre signos de sedación, las complicaciones que resulten de mi falta de seguimiento de las instrucciones postoperatorias y las complicaciones que resulten de mi falta de mantener mi 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 se responsabiliza por enfermedades contagiosas contraídas después de una cirugía para las cuales el animal no haya sido vacunado previamente, incluyendo, entre otras, la tos de las perreras. Yo soy responsable por el costo del tratamiento.

Entiendo que si mi(s) animal(es) es(son) una(s) buena candidata 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 ambiente interior limpio y seco para su recuperación. Proporcionaré control y atención posquirúrgicos de acuerdo con las Instrucciones posoperatorias que se me hayan proporcionado.

Entiendo que, si mi animal muere, yo lo recogeré o los restos se desecharán 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 de RCP, el costo de mantener y/o deshacerse de los animales.

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 eficaz de recuperar animales perdidos **SPAY NEUTER NETWORK** ofrece este servicio por **\$16.50**. Yo _____ **SI** _____ **NO** deseo que mi(s) animal(es) tenga(n) un microchip hoy. (Los animales adoptados en TX deben tener un microchip)

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.

DONACIONES, SPAY NEUTER NETWORK es una organización sin fines de lucro que puede brindar cirugías a la comunidad gracias a donaciones como la suya. El costo para realizar una cirugía de gato es de \$100. Por favor considere dar una donación de \$5_ \$10_ \$20_ u Otra cantidad. Se agregará a su factura. ¡GRACIAS!

Al firmar abajo, 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 con mis iniciales se incluirán en mi factura final. Entiendo que si solicito servicios adicionales o si el veterinario de turno realiza tratamientos o procedimientos adicionales que incluyen, entre otros, la extracción de dientes temporales retenidos que considera que son importante para la salud y seguridad del animal en el momento de la cirugía, soy responsable de esos servicios. Se pueden incurrir cargos adicionales si mi(s) animal(es) está(n) embarazada(s), en celo o tiene testículos no descendidos. Entiendo que todos los servicios prestados hoy se pagarán a través de la tarjeta de crédito registrada y se cobrarán antes del alta del paciente. Entiendo que es mi responsabilidad comunicarme con la clínica si se va a utilizar una tarjeta alternativa antes de las 10 a.m. Acuerdo de no menosprecio: 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, incluidas las redes sociales y los sitios web o aplicaciones de revisión de Internet. A los efectos de esta sección, "menosprecio" significará cualquier declaración negativa, ya sea escrita u oral, sobre Spay Neuter Network. Si surge alguna complicación o problema 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 le permite a SNN usar su foto y/o la de su mascota en material promocional.

FIRMA _____ FECHA _____

ACEPTAMOS SOLO PAGOS EN EFECTIVO, MASTERCARD O VISA