



Nombre: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ Cupón# O SR# _____

Nombre de mascota 1:	Nombre de mascota 2:	Nombre de mascota 3:	Nombre de mascota 4:
Edad: (años / mes)	Edad: (años / mes)	Edad: (años / mes)	Edad: (años / mes)
Color:	Color:	Color:	Color:

DONACIONES: Me gustaría donar ☐ \$5 | ☐ \$10 | ☐ \$20 | ☐ \$50 u otra cantidad indicada aquí \$_____

SNN es una organización sin fines de lucro cuya misión es crear comunidades compasivas libres de mascotas sin hogar. Por favor, considere donar para que otros puedan seguir recibiendo estos servicios a bajo costo. Su donación se agregará a su factura. ¡Gracias!

Consentimiento: Tengo 18 años de edad o más y soy el propietario (o agente autorizado) responsable de los animales descritos anteriormente. Autorizo a SPAY NEUTER NETWORK, a sus miembros de personal, voluntarios y/o agentes a recibir, transportar y realizar todos y cada uno de los servicios necesarios para que la cirugía de esterilización se realice en el (los) animal (es) mencionado anteriormente.

Procedimiento y riesgos: Su animal está siendo sometido a una cirugía de esterilización. Existen riesgos inherentes relacionados con la cirugía y el uso de anestésicos y otros medicamentos. Las lesiones y/o la muerte pueden ser el resultado de la cirugía, de cualquier procedimiento relacionado y de las complicaciones posteriores a la cirugía.

SPAY NEUTER NETWORK (SNN) no realiza análisis de sangre prequirúrgicos, y su(s) animal(es) puede(n) tener trastornos desconocidos del hígado, riñón, sangre y/u otro sistema. Tales trastornos pueden aumentar el riesgo anestésico y/o pueden empeorar con el uso de ciertos medicamentos. **SNN recomienda que los análisis de sangre prequirúrgicos se realicen 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 estados avanzados de gestación | 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.

Todos los animales recibirán un pequeño tatuaje para mostrar que han sido esterilizados. Los gatos sin dueño/gatos comunitarios deben estar en trampas humanitarias o transportadores duros; La oreja izquierda tendrá una punta.

TERMINOS:

- Reconozco que no se me han dado garantías ni seguridades con respecto a los resultados de la cirugía.
- Entiendo los riesgos involucrados en la cirugía de mi animal y que pueden ocurrir lesiones, muerte o infección postoperatoria. Entiendo que mi(s) animal(es) será(n) colocado(s) bajo anestesia general. Asumo toda la responsabilidad de las consecuencias que puedan derivarse. Entiendo y acepto estos riesgos para mi animal.
- Que yo sepa, este animal goza de buena salud. Verifico que, hasta donde yo sé, este(estos) animal (es) no tiene una condición previamente diagnosticada. Verifico que mi(s) animal(es) no haya tenido vómitos, estornudos, tos y/o diarrea en las últimas dos (2) semanas. Verifico que este animal haya 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 molestias estomacales que resulten en vomito. Los vómitos aumentan el riesgo de aspiración del contenido estomacal hacia los pulmones del animal, lo que puede provocar neumonía por aspiración. Entiendo que SNN no es responsable de las complicaciones que resulten de la falta de ayuno de mi(s) animal(es).
- Entiendo que SNN no es responsable de las complicaciones que resulten de mi solicitud de liberar a mi(s) animal(es) mientras aún muestran signos de sedación, las complicaciones que resulten de mi incumplimiento de seguir las instrucciones postoperatorias y las complicaciones que resulten de mi incapacidad para mantener a mi(s) animal(es) adentro durante al menos siete (7) días después de la cirugía. Los gatos comunitarios deben mantenerse en el interior durante 24 horas después de la cirugía.
- Proporcionaré a mi(s) animal(es) un ambiente interior limpio y seco para su recuperación. Proporcionaré seguimiento y atención posquirúrgicos de acuerdo con las instrucciones postoperatorias que se me proporcionen.
- Entiendo que existen riesgos inherentes al no mantener las vacunas vigentes. SNN recomienda que los animales sean vacunados dos (2) semanas antes de la cirugía. SNN no se hace responsable de las enfermedades contagiosas contraídas después de una cirugía para las que el animal no fue vacunado previamente, incluida, entre otras, la tos de las perreras. Soy responsable del costo del tratamiento. Entiendo que si mi(s) animal(es) es(son) un buen candidato quirúrgico y está embarazada en el momento de la cirugía, el embarazo será interrumpido.
- Entiendo que DEBO recoger a este (estos) animal (es) en la fecha y hora indicadas por el personal de SNN. El hecho de no recoger a mi(s) animal(es) dentro de un (1) día después de la cirugía se interpretará como abandono. Se me cobrará un cargo nocturno de \$ 20 / noche / mascota si no recojo a mi (s) animal (es). El personal no esperará mi regreso. Entiendo que las clínicas de SNN no cuentan con personal durante la noche y los animales estarán desatendidos durante este tiempo.
- A mi conocimiento, este (estos) animal (es) no ha mordido a ninguna persona durante los últimos quince (10) días anteriores a la fecha de este formulario de consentimiento.
- 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 SNN. Entiendo que soy responsable de pagar todos los costos de los servicios prestados, incluyendo los medicamentos de RCP, el costo de mantener y / o desechar a los animales. Entiendo que los servicios iniciados en este documento se incluirán en mi factura final.
- Entiendo que si ordeno cualquier servicio adicional o si el veterinario de turno realiza tratamientos o procedimientos adicionales (incluidos, entre otros, la extracción de dientes de leche retenidos que considere importantes 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 en 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 con la información de la tarjeta alternativa para usar antes de las 10 a.m. en la fecha de cualquier cita programada.
- Por la presente, reconozco y acepto que en caso de que surjan complicaciones o problemas entre mí (o cualquier otra persona con un interés personal en mi(s) animal(es), incluidos mi cónyuge, familiares, copropietarios, etc. ("Otras Partes Interesadas") y SNN, trabajaré (y me aseguraré de que Otras Partes Interesadas trabajen) solo con la gerencia de SNN en persona o por teléfono para una resolución oportuna y mutua. En tal caso, no menospreciaré, ni permitiré que ninguna otra parte interesada menosprecie, a SNN o a cualquiera 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 SNN.

Veterinarios Independientes

- Reconozco que los veterinarios que tratan a mi(s) animal(es) no trabajan para SNN. Los veterinarios se dedican a la práctica privada de la medicina veterinaria y no son empleados ni agentes de SNN. SNN no es responsable del juicio o la conducta de los veterinarios que tratan o brindan servicios a mi(s) animal(es). SNN no ejerce control de ninguna naturaleza sobre ningún procedimiento realizado por el veterinario tratante, y no responsabilizaré a SNN, su personal, voluntarios o agentes de ninguna manera por cualquier complicación que pueda surgir durante la cirugía o como resultado de la cirugía.
- El veterinario puede realizar tratamientos o procedimientos adicionales que considere importantes para la salud del animal o animales. Estos tratamientos o procedimientos adicionales están más allá del alcance de los servicios de SNN y pueden aplicarse cargos adicionales.
- El veterinario también puede negarse a realizar cualquier procedimiento en cualquier animal por cualquier motivo. Dicha negativa queda a discreción exclusiva del veterinario tratante. También entiendo y reconozco que SNN puede negarse a aceptar cualquier animal que, en su opinión, pueda poner en peligro la seguridad de cualquier otro animal o persona. Para cualquier animal rechazado por razones médicas o de seguridad, se le cobrará al menos \$40 por animal por el examen, más los cargos por todos los demás servicios y medicamentos proporcionados.

Por favor, lea y ponga sus iniciales en lo siguiente:

_____ **PULGAS:Obligatorio:** Entiendo que, si se observan pulgas en mi(s) animal(es) en cualquier momento antes o durante la cirugía, se les dará Capstar® a un costo de \$10.00. (Capstar® es un servicio temporal, las 24 horas del día. tableta para el control de pulgas que no debe reemplazar un tratamiento mensual contra pulgas).

_____ **Marque aquí si requiere microchip (\$ 20.00 cada uno) para** ☐ **la mascota 1,** ☐ **la mascota 2,** ☐ **la mascota 3,** ☐ **la mascota 4.** Los microchips son la forma más eficaz de recuperar animales que se han perdido. Doy mi consentimiento para que mi(s) animal(es) tenga un microchip hoy. (Las mascotas que viven en las ciudades de Dallas, Fort Worth y San Antonio están obligadas por ley a tener microchip). Algunos paquetes quirúrgicos especiales requieren un microchip.

_____ **Transportes:** Entiendo que durante el traslado hacia y desde la clínica, mi mascota no estará bajo supervisión constante. Esto significa que mi mascota no estará monitoreada durante un período de tiempo y existe la posibilidad de que intente lamer, rascarse o interferir con el sitio de la incisión. Reconozco los riesgos potenciales asociados con esta falta de supervisión, incluido el riesgo de infección o complicaciones que surjan de que mi mascota acceda a su incisión. Entiendo que existe el riesgo de un accidente de vehículo en movimiento cuando mi animal está siendo transportado a la clínica y eximo a SNN y a su conductor de cualquier responsabilidad que resulte de dicho accidente.

_____ **Opción de recogida después de la cirugía después del transporte:** Entiendo que tengo la opción de recoger a mi mascota después de la cirugía para evitar los riesgos asociados con el transporte no supervisado después de la cirugía. *Inicial si eliges esta opción.* El personal de la clínica trabajará con usted para programar una hora de recogida conveniente.

DUEÑOS DE PERROS, por favor ponga sus iniciales SÍ o NO en lo siguiente. Se requiere una prueba de gusano del corazón para comprar prevención y para perros de 5 años o más que reciben cirugía.

Sí _____ No _____ Agregue una **prueba de gusano del corazón (\$ 25.00 cada una) para** ☐ **mascota 1,** ☐ **mascota 2,** ☐ **mascota 3,** ☐ **mascota 4.** Se recomienda una prueba de gusano del corazón para todos los perros mayores de 7 meses de edad antes de la cirugía. La enfermedad del gusano del corazón puede provocar complicaciones graves, e incluso la muerte, bajo o después de la anestesia.

Sí ____ No ____ Agregue ☐ **6 meses /** ☐ **12 meses Prevención del gusano del corazón para** ☐ **mascota 1,** ☐ **mascota 2,** ☐ **mascota 3,** ☐ **mascota 4.** Reconozco el papel fundamental de la prevención del gusano del corazón en el mantenimiento de la salud de mi mascota. El costo es por el peso del perro y la duración de la prevención.

Peso	6 meses	12 meses
1-25 libras	\$35	\$55
26-50 libras	\$40	\$65
51-100 libras	\$50	\$85

PROPIETARIOS DE GATOS, por favor inicialice SÍ o NO en lo siguiente.

Sí _____ No _____ Agregue el **analgésico Onsior (\$ 15.00 por gato) para** ☐ **mascota 1,** ☐ **mascota 2,** ☐ **mascota 3,** ☐ **mascota 4.** Su gato recibirá hoy un medicamento para el control del dolor que dura aproximadamente 24 horas. Algunos gatos pueden experimentar dolor más allá de este período. Tiene la opción de comprar analgésicos orales adicionales por una tarifa adicional.

Sí _____ No _____ Agregue una **prueba combinada de FeLV / FIV (\$ 25.00 por gato) para** ☐ **mascota 1,** ☐ **mascota 2,** ☐ **mascota 3,** ☐ **mascota 4.** Se recomienda una prueba preanestésica de FeLV/FIV antes de la cirugía. Esta enfermedad puede provocar complicaciones graves, e incluso la muerte, bajo o después de la anestesia o la cirugía.

Sí _____ No _____ Agregue un **collar de proteccion (\$ 5.00 por gato) para** ☐ **mascota 1,** ☐ **mascota 2,** ☐ **mascota 3,** ☐ **mascota 4.** Por la salud y el bienestar de mi gato, entiendo que SNN recomienda que compre un collar de proteccion para ayudar a prevenir el contacto (incluyendo el lamido) de cualquier sitio de incisión, que si no lo prevengo, puede causar problemas posteriores a la cirugía. (Se incluye un collar de proteccion con todas las cirugías caninas).

Firmando a continuación. Por la presente confirmo que: (i) soy el Propietario o representante autorizado para tomar decisiones en nombre de los animales enumerados en este documento, (ii) los servicios y procedimientos a realizar me han sido explicados completamente a mi satisfacción, y (iii) he leído, entiendo y acepto el contenido de este documento. MATERIALES PROMOCIONALES: Su firma a continuación permite a SNN usar su foto y / o las historias de su animal en material promocional.

Fecha: _____ Firma: _____