

Perro de forma de liberación médica / quirúrgica

Nombre del dueño _____
 Dirección de casa _____ Código postal _____
 Teléfono _____
 Dirección de correo electrónico: _____

Información de Contacto en caso de Emergencia: Nombre: _____

Número de teléfono: _____

¿Cómo se enteró de SAFE Haven for Cats? _____

¿Qué número podemos alcanzar hoy? _____

El día de hoy: _____

Información animal:

Nombre: _____

Edad (si se conoce): _____

Fecha de la última vacuna contra moquillo (DHPP) _____

Fecha de la última vacuna contra la rabia: _____

Descripción: _____

¿ Cuándo comió su perro por última vez? _____

¿Tu perro está en prevención de pulgas / garrapatas?
 No Sí - Aplicado: _____

¿Tu perro está en la prevención del parásito del corazón?
 No Sí - Dado: _____

En cualquier medicamento? _____

Por favor, lea cuidadosamente e inicie las siguientes afirmaciones:

___ Yo, actuando como propietario o agente del animal descrito anteriormente, solicito y autorizo a la Clínica de esterilización / castración felina de SAFE Care, a través del veterinario que designe, para realizar una operación de esterilización sexual del animal descrito en la parte anterior de este formulario .

___ Entiendo que la operación presenta algunos riesgos y que es posible que se produzcan lesiones o la muerte de dichos animales, ya que existe cierto riesgo en el procedimiento y el uso de anestésicos y medicamentos para brindar este servicio.

___ Certifico que mi animal ha sido vacunado dentro de un año antes de esta fecha O solicito vacunas recomendadas al momento de la cirugía. Entiendo que se necesitan hasta cuatro semanas para que las vacunas protejan a mi animal.

___ Entiendo que SAFE Care Feline Spay / Neuter Clinic tiene el derecho de rechazar cualquier servicio a cualquier animal para quien la cirugía se considere un riesgo para la salud.

___ Certifico que mi animal goza de buena salud y se le retuvo la comida según las instrucciones.

___ Entiendo que si mi animal está embarazada, el embarazo terminará en el momento de la cirugía.

___ Por la presente, libero a SAFE Care Feline Spay / Neuter Clinic, todos los veterinarios, asistentes, voluntarios, directores y empleados de todos y cada uno de los reclamos que surjan o estén relacionados con la realización de este procedimiento o cualquier reacción adversa de las vacunas. Acepto que no he reclamado ni reclamaré ningún derecho de compensación a los mismos, ni presentar acción en razón de dicha esterilización o intento de esterilización de dicho animal o cualquier consecuencia relacionada con el mismo.

Firmado _____ Fecha _____

Servicios incluidos (según sea necesario): examen físico, esterilización con medicamentos para el dolor, tatuaje, vacunas contra la rabia y DHPP, adornos para uñas y limpieza de oídos: **paquete de \$ 85.00.**

Servicios adicionales: marque SÍ o NO para cada uno. Se aplican costos adicionales según lo indicado.

SÍ NO Iverhart® Plus dosis única - \$ 6

SÍ NO Iverhart® Plus 6 meses - \$ 30

Medicamentos orales para la prevención y el tratamiento del gusano del corazón de gusanos redondos y anquilostomas

SI NO Me gustaría hacer una donación para ayudar a otras mascotas a ser esterilizadas o castradas.

\$ 85 _____ \$ 35 _____ Otro \$ _____

SÍ NOFrontline® Gold Single Dose - \$ 17

SÍ NO Frontline® Gold 3 meses: \$ 45

Medicamento tópico para la prevención de pulgas y garrapatas

SÍ NOPrueba Heartworm - \$ 15

Recomendado para todos los perros

SÍ NO Microchip - \$ 25

Identificación permanente. Registro de por vida incluido.

To be completed by SAFE Care staff:

Charges and Payment

Surgery Package _____

Voucher*: _____

Extras:

- Revolution 1mo**..... _____
- Revolution 6mo**..... _____
- ParaDefense 1mo** _____
- ParaDefense 4mo** _____
- Drontal dewormer**..... _____
- Profender dewormer**..... _____
- FeLV/FIV/HW Test**..... _____
- FeLV Vaccine**..... _____
- Pain Medication** _____
- Microchip**..... _____

TOTAL CHARGES..... _____

*Note: Vouchers do not include additional services.

Donation _____