

Forma de liberación médica /quirúrgica Gato

Nombre del dueño _____	El día de hoy: _____
Dirección de casa _____	Información de Contacto en caso de Emergencia: _____
Código postal _____	Nombre: _____
Teléfono _____	Número de teléfono: _____
Dirección de correo electrónico: _____	¿Cómo se enteró de SAFE Haven for Cats? _____
¿Qué número podemos alcanzar hoy? _____	_____

Información animal:

Nombre de Gato: _____
 Edad (si se conoce): _____
 Fecha de la última vacuna contra moquillo: _____
 Fecha de la última vacuna contra la rabia: _____
 ¿Su gato tiene algún problema médico conocido? _____

Descripción del gato: _____
 ¿Cuándo fue la última vez que comió tu gato: _____
 ¿Está tu gato en prevención de pulgas / garrapatas? No Sí fecha aplicada _____
 ¿Tu gato está tomando algún medicamento? _____
 ¿Está su gato solo en el interior? Al aire libre? Interior / al aire libre?
 ¿Está su gato embarazada? Si No

Por favor, lea cuidadosamente e inicie las siguientes afirmaciones:

___ Yo, actuando como propietario o agente del animal descrito anteriormente, solicito y autorizo a la SAFE Care Feline Spay/Neuter Clinic, 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 cualquier procedimiento quirúrgico tiene riesgos y posibles complicaciones asociadas con el procedimiento y la anestesia. Entiendo que estos riesgos y complicaciones pueden provocar lesiones o incluso la muerte del paciente. Todos los pacientes recibirán un examen físico para detectar problemas de salud subyacentes, pero muchas condiciones de salud no son evidentes en el examen físico básico.

___ 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 la SAFE Care Spay/Neuter Clinic tiene derecho a rechazar cualquier servicio a cualquier animal a quien la cirugía se considere un riesgo para la salud. Si mi mascota se considera un riesgo anestésico mayor, completaré la renuncia de consentimiento informado para los procedimientos de alto riesgo.

___ Certifico que mi animal goza de buena salud y que me retuvieron la comida según las instrucciones. Si mi animal tiene una condición de salud conocida, se encuentra arriba.

___ Entiendo que si mi animal está embarazada, el embarazo terminará en el momento de la cirugía. Las esterilizaciones embarazadas representan un mayor riesgo anestésico.

___ 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.

___ Entiendo que los paneles de sangre prequirúrgicos no se ofrecen ni se realizan en SAFE Care.

Si algún animal se desestabiliza durante o inmediatamente después de un procedimiento quirúrgico, SAFE Care puede asumir el costo financiero asociado con la atención veterinaria de emergencia requerida para estabilizar al paciente. Esto puede incluir, entre otros, la recuperación en un hospital especializado para observaciones, suplementos de oxígeno, procedimientos de diagnóstico como ecografías o radiografías para determinar la causa de la desestabilización. SAFE Care, al asumir el costo, no admite ninguna negligencia o irregularidad, y el costo incurrido solo sirve para demostrar que las complicaciones no son el resultado de un error quirúrgico.

Firmado _____ Fecha _____

Servicios incluidos (según sea necesario): Examen físico, esterilización con analgésicos, tatuajes (sólo mujeres), vacuna FVRCP, vacuna contra la rabia, adorno para uñas, limpieza de oídos y tratamiento de ácaros. **Paquete de \$ 85.00. Todos los gatos recibirán una inyección postoperatoria (Onsior) para el dolor.**

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

SÍ NO **Revolution® dosis única** - \$15

SÍ NO **Revolution® 6 meses** - \$70

Medicamentos tópicos para la protección contra pulgas y parásitos del corazón y el tratamiento de anquilostomas, lombrices intestinales y ácaros del oído.

SÍ NO **Catego™ Dosis única** - \$ 9

SÍ NO **Catego™ 4 meses** - \$ 30

Medicación tópica para la prevención de pulgas

SÍ NO **Prueba de leucemia felina / FIV / Heartworm** - \$ 25

La leucemia felina es altamente contagiosa y a menudo fatal. Recomendamos realizar pruebas para **TODOS** los gatos.

SÍ NO **Vacuna contra la Leucemia Felina** - \$ 20

Recomendado para todos los gatos que salen

SÍ NO **Medicación adicional para el dolor (2 dosis)**: \$ 7

SÍ NO **Microchip** - \$ 25

Proporciona identificación permanente. Se incluye el registro de por vida.

SÍ NO **Oído izquierdo con punta - Sin cargo**

Solo para gatos callejeros: proporciona una fácil identificación de los gatos que ya han sido esterilizados

SÍ NO **Drontal (desparasitación oral)** - \$ 6

SÍ NO **Profender (desparasitante tópico)** - \$ 15

SÍ NO..Me gustaría hacer una donación para ayudar a otros gatos ser esterilizado o castrado \$ 85 ____ \$ 35 ____ **Otro** \$ _____

Para ser completado por el personal de SAFE Care:

Cargos y Pago

Paquete de Cirugía..... _____

Vale*..... _____

Extras:

- Revolución 1mo** _____
- Revolución 6mo** _____
- Catego 1mo**..... _____
- Catego 4mo**..... _____
- Dew desparasitante drontal**..... _____
- Dew Proforma desparasitante**..... _____
- Test Prueba FeLV / FIV / HW**..... _____
- Vacuna FeLV**..... _____
- Medicamentos para el dolor**..... _____
- Microchip** _____

CARGOS TOTALES..... _____

* Nota: Los vales no incluyen servicios adicionales.

Donación..... _____