

# Cirugía Para Su Mascota



La seguridad y la comodidad de su mascota son nuestra preocupación principal aquí en \_\_\_\_\_. Antes de que su mascota reciba cirugía el día \_\_\_\_\_, se le examinará para la detección de cualquier problema que pudiera interferir con la anestesia y también, será monitoreado después de la cirugía para ayudar a garantizar una segura y maravillosa recuperación. Nos enorgullece reportar que nuestros pacientes se recuperan muy bien y que esperamos que todo ocurra sin complicaciones.

Para aquellos pacientes maduros (de más de 6 años de edad) y para cualquier mascota con problemas de salud crónicos, recomendamos se hagan pruebas médicas más extensas para evaluar la salud general de su mascota previo a la anestesia y/o cirugía.

Un doctor o un técnico hablará con usted sobre esto. Algunas veces ajustamos el medicamento o el procedimiento para hacerlo más seguro para la mascota. Ocasionalmente posponemos la cirugía hasta que el problema médico se ha ya resuelto.

Aun para nuestros pacientes sanos y jóvenes, una prueba de sangre previa a la anestesia, aun cuando no es crítica, pudiera aliviar su preocupación corroborándole a usted que todo está bien. Y, ciertamente, aunque en muy raras ocasiones, se detectan problemas que cambian nuestros planes.

Haga favor de hacernos saber si tiene preguntas sobre estas pruebas. Si desea que las mismas se lleven a cabo, por favor anótelo abajo.

HAGAN PRUEBAS PRE-ANESTÉSICAS DE SANGRE DE MI MASCOTA \_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_ NO

CONTROL DEL DOLOR PARA MI MASCOTA \_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_ NO

**INJERTAR EL SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN HOMEAGAIN** \_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_ NO

No es necesario tranquilizar al animal para este procedimiento, sin embargo, considere que su mascota reciba el injerto del microchip mientras esté aquí para los procedimientos programados.

Procedimiento(s): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la Mascota: \_\_\_\_\_

Nombre del Dueño: \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo y solicito a la Clínica \_\_\_\_\_ llevar a cabo el(los) procedimientos(s) arriba notados y a administrar anestésicos y otros medicamentos que se consideren recomendables para mi mascota. Comprendo la naturaleza del(los) procedimientos(s) y los riesgos relativos que involucra(n), Yo autorizo a la Clínica \_\_\_\_\_ a proveer cualquier tipo de cuidado apropiado si es que surgiera alguna complicación no esperada.

Deslindo completamente a la Clínica \_\_\_\_\_ y a Intervet/Schering-Plough Animal Health de cualquier responsabilidad legal o financiera desprendidas de complicaciones por anestesia.

Firma del Dueño o Representante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono donde se le pueda localizar: \_\_\_\_\_

## Castre/Esterilice, Vacune y Ponga el Microchip a Su Mascota

