

**Dr. Kelly's Mobile Surgical Unit**  
**Cirugía y la Anestesia Sangre Proyección Autoricen**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Nombre del animal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Consentimiento Quirúrgico:** Por la presente autorizo a la Unidad de Cirugía Móvil del Dr. Kelly ("Dr. Kelly's") a proveer cuidado médico, quirúrgico o dental veterinario a mi mascota. Entiendo la naturaleza del (los) procedimiento (s) programado (s) y he tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con posibles efectos secundarios, riesgos y complicaciones de estos procedimientos. Soy consciente de que pueden surgir complicaciones imprevistas durante el (los) procedimiento (s), y no se han hecho o implícito garantías con respecto a los resultados de estos procedimientos.

\_\_\_ **Cirugías de Pago:** Reconozco que mi mascota no está embarazada. Si se determina que mi mascota está embarazada, autorizo a la esterilización a continuar sabiendo que esto resultará en la interrupción del embarazo y que soy responsable de cualquier cargo adicional que pueda surgir.

\_\_\_ **Cirugías dentales:** Entiendo que el Dr. Kelly's buscará autorización mientras mi mascota esté bajo anestesia antes de proceder con cualquier cirugía oral. Autorizo **\$0, \$50, \$100 (un círculo)** sobre el monto estimado más alto dado si no puedo ser contactado y aceptó los cargos adicionales. También entiendo que el Dr. Kelly NO proporciona radiografías dentales.

**Análisis de sangre pre anestésico:** antes de poner a su mascota bajo anestesia para el procedimiento (s), realizaremos un examen preanestésico / prequirúrgico. Sin embargo, muchas afecciones, incluidos los trastornos del hígado, los riñones o la sangre, no se detectan a menos que se realicen análisis de sangre. Estos trastornos pueden provocar complicaciones imprevistas durante y después del procedimiento, por lo que recomendamos encarecidamente realizar análisis de sangre antes de cualquier procedimiento anestésico o cirugía. El Dr. Kelly 's ofrece un panel de análisis de sangre pre anestésico que se envía a un laboratorio externo 1-2 semanas antes de un procedimiento quirúrgico para mascotas mayores de 10 años. Se requieren análisis de sangre preanestésicos **recientes** para las mascotas de 10 años o más antes de cualquier cirugía o siempre que el médico determine que se requieren análisis de sangre.

\_\_\_ Mi mascota es menor de 10 años sin condiciones preexistentes conocidas y entiendo los riesgos asociados con el procedimiento. Rechazo los análisis de sangre preanestésicos.

\_\_\_ Mi mascota se ha sometido a un análisis de sangre pre anestésico antes de esta cita y elige continuar con el procedimiento de hoy.

**Atención de emergencia:** Entiendo que durante la realización de los procedimientos programados se pueden revelar condiciones imprevistas que requieran atención de emergencia. Por lo tanto, doy mi consentimiento y autorizo la prestación de atención de emergencia por parte del Dr. Kelly en el ejercicio del juicio profesional del veterinario, y acepto pagar todos los cargos razonables relacionados.

**Exención de responsabilidad:** Eximo al Dr. Kelly y a los veterinarios asociados de y contra toda responsabilidad que surja del desempeño o las complicaciones derivadas de los procedimientos programados. Entiendo que la Unidad Quirúrgica Móvil del Dr. Kelly no es responsable de los costos que puedan surgir como resultado de complicaciones quirúrgicas, incluida la posibilidad de muerte.

Entiendo que existen riesgos asociados con la anestesia y los procedimientos establecidos anteriormente, y el Dr. Kelly's me ha informado de las posibles complicaciones. Reconozco que he leído y entiendo completamente este Formulario de consentimiento quirúrgico y análisis de sangre anestésico y aceptó continuar con los procedimientos programados

Entiendo que hay una receta por escrito disponible a pedido.

**¿Estaría dispuesto a proporcionar una pequeña donación deducible de impuestos? Donaciones proporcionadas a Pal Fund se utilizan para subsidiar o brindar atención QUIRÚRGICA GRATUITA a las mascotas necesitadas. ¡Gracias!**  
**Donación voluntaria: \$ 5 \_\_\_ \$ 10 \_\_\_ \$ 20 \_\_\_ \$ 40\_\_\_ Otro \$ \_\_\_**

Firmar: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_