

Unidad Quirúrgica del Dr. Kelly
Consentimiento quirúrgico y formulario de análisis de sangre anestésico

Nombre del cliente: _____

Consentimiento quirúrgico: Por la presente, autorizo a la Unidad Quirúrgica del Dr. Kelly ("Dr. Kelly's") a proporcionar atención médica, quirúrgica o dental veterinaria a mi mascota. Entiendo la naturaleza de los procedimientos programados y he tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con los posibles efectos secundarios, riesgos y complicaciones de estos procedimientos. Soy consciente de que pueden surgir complicaciones imprevistas durante el procedimiento (s), y no se han hecho garantías o implícitos con respecto a los resultados de estos procedimientos.

___SPAY CIRUGÍA: Reconozco que mi mascota no está embarazada. Si se descubre que mi mascota está embarazada, autorizo a la esterilización a continuar sabiendo que esto resultará en un embarazo interrumpido y cargos por servicio adicionales.

CIRUGÍA DENTAL: En el caso de que se descubra que las extracciones dentales, la cirugía dental menor o cualquier otro procedimiento son necesarios durante la limpieza dental de mi mascota, autorizo lo siguiente: POR FAVOR ELIJA UNA DECLARACIÓN.*
Estimación Dental \$ _____

___ Autorizo al veterinario tratante a realizar cualquier extracción, cirugía dental menor y/o procedimientos que se consideren necesarios mientras mi mascota esté bajo anestesia que esté dentro de la estimación proporcionada.

___ Please intento contactarme si se necesita algo que no sea limpieza dental, pero proceda si no estoy disponible. Por favor, no exceda \$ _____ más que la estimación original.

Análisis de sangre preanestésicos: Antes de poner a su mascota bajo anestesia para el procedimiento (s), realizaremos un examen preanestésico y / o 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 podrían conducir a complicaciones imprevistas durante el procedimiento; por lo tanto, recomendamos encarecidamente el análisis de sangre antes de cualquier procedimiento anestésico o cirugía. El Dr. Kelly's ofrece un panel de análisis de sangre preanestésico que se enviará a un laboratorio externo antes de los procedimientos quirúrgicos para mascotas mayores de 10 años o siempre que los médicos determinen que se requiere un análisis de sangre. Se REQUIERE un análisis de sangre preanestésico reciente para mascotas de 10 años o más antes de cualquier cirugía.

_____ Mi mascota es menor de 10 años de edad sin condiciones preexistentes conocidas, y entiendo los riesgos asociados con el procedimiento, y rechazo un análisis de sangre preanestésico .

_____ Mi mascota se ha sometido al análisis de sangre preanestésico antes de la 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 requieren atención de emergencia. Por lo tanto, consiento 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's y a los veterinarios asociados de y contra cualquier responsabilidad que surja del desempeño o las complicaciones que surjan de los procedimientos programados. Entiendo que la Unidad Quirúrgica del Dr. Kelly no es responsable de ningún costo que pueda venir como resultado de complicaciones quirúrgicas, incluida la posibilidad de muerte. Entiendo que hay riesgos asociados con la anestesia y los procedimientos establecidos anteriormente, y el Dr. Kelly 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 acepto continuar con los procedimientos programados. **Entiendo que mi mascota recibirá un pequeño tatuaje a lo largo de su sitio de incisión (no doloroso) para mostrar que ha sido esterilizado para evitar anestesia y cirugía innecesarias en el futuro.** Entiendo que una receta escrita está disponible a pedido.

¿Estaría dispuesto a proporcionar una pequeña donación deducible de impuestos? Las donaciones proporcionadas a Pal Fund se utilizan para subsidiar o proporcionar atención QUIRÚRGICA GRATUITA para mascotas necesitadas. ¡Gracias!

Donación Voluntaria \$5 _____ \$10 _____ \$20 _____ \$30 _____ \$ 40 _____ Otros \$ _____

Firmado: _____

Nombre de impresión: _____