

# Formulario de Registro Dental/Otro

Nombre de la mascota: \_\_\_\_\_ Nombre de Dueño: \_\_\_\_\_ ¿Última vez que su mascota comió? \_\_\_\_\_

¿Eres el dueño de esta mascota?  SÍ  GUARDIAN  NO  SI NO, su relacion con el paciente? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el mejor número(s) de teléfono para llamar: NOMBRE \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_ Mensaje de texto  SÍ  NO

¿A qué distancia vives? \_\_\_\_\_ minutos NOMBRE \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_ Mensaje de texto  SÍ  NO

Por favor lista cualquier medicamento actual y la última vez que se administró: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación sobre su mascota hoy? \_\_\_\_\_

*Ejemplos: vómitos recientes, diarrea, pérdida de peso, tos, estornudos, aumento de la sed o la micción*

inicial **LIMPIEZA DENTAL:** Reconozco que mi mascota está sana, y no tengo preocupaciones médicas sobre ellos hoy. Entiendo que las radiografías dentales NO se proporcionan y acepto seguir adelante sin ellas.

❖ Si se encuentran extracciones o cirugía dental menor necesaria durante la limpieza de mi mascota, autorizo Uno de los siguientes...

\_\_\_\_ Proceda con lo que sea necesario dentro de la estimación que me dieron. **ESTIMADO \$** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Por favor, intente ponerse en contacto conmigo si se necesitan extracciones, pero proceda si no estoy disponible. **NO EXCEDA de \$** \_\_\_\_\_ **más que la estimación original.**

inicial **OTRO:** Reconozco que mi mascota está sana y no tengo preocupaciones médicas al respecto de ellos Hoy.

## \*Análisis de sangre prequirúrgicos\*

*Por favor, lea atentamente*

Antes de la cirugía, nuestro equipo examinará a su mascota. 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 quirúrgico.

**REQUERIMOS** análisis de sangre para mascotas de 10 años o más o cuando el médico lo determine necesario antes de la cirugía.

\_\_\_\_ Mi mascota tiene MENOS de 10 años de edad sin condiciones preexistentes conocidas, entiendo los riesgos asociados con el procedimiento y rechazo los análisis de sangre.

\_\_\_\_ Mi mascota HA TENIDO análisis de sangre antes de esta cita, me han informado de los resultados y me han dicho que está bien seguir adelante con el procedimiento de hoy.

## CONSENTIMIENTO QUIRÚRGICO

Por la presente autorizo al equipo quirúrgico del Dr. Kelly a proporcionar atención veterinaria médica, quirúrgica y / o dental a mi mascota.

Entiendo la naturaleza de los procedimientos de hoy y he tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con posibles efectos secundarios, riesgos y dificultades. Soy consciente de que pueden surgir complicaciones durante la cirugía, y no se han hecho ni se han dado garantías implícitas con respecto a los resultados de la cirugía. Entiendo que la Unidad Quirúrgica del Dr. Kelly no es responsable de ningún costo que pueda surgir como resultado de complicaciones quirúrgicas. Reconozco que he leído y entiendo completamente este consentimiento quirúrgico y acepto continuar con la cirugía programada hoy.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*\*Receta escrita disponible bajo petición\**

**¿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 para ayudar a las mascotas necesitadas  \$5  \$10  \$15  \$20 OTROS \$ \_\_\_\_\_

**EXTRA'S:**  Microchip \$40  Recorte de uñas \$5  Glándulas anales \$23  Limpieza de oídos \$25  Catéter con fluidos \$77

**Vacunas PERRO:**  Rabia \$30  Bordetella \$33  Da2PP \$39  Da2pp con leptospirosis \$42  Pruebas del gusano del corazón 4DX \$ 46

**Vacunas CAT:**  Rabia \$30  FVRCP \$35  COMBO (FELV W/FVRCP) \$44  Prueba FELV/FIV \$46