

LBS: _____

K#: _____

Staff use only



DR. KELLY'S
SURGICAL UNIT

Formulario de Registro de Esterilización/Castración

Nombre de la mascota: _____ Edad: _____ ¿Última vez que su mascota comió? _____

¿Eres el dueño de esta mascota? SÍ GUARDIAN NO ▶ *SI NO, su relación con el dueño?* _____

¿Cuál es el mejor número(s) de teléfono para llamar: NOMBRE: _____ NÚMERO: _____

¿A qué distancia vives? NOMBRE: _____ NÚMERO: _____

_____ minutos Correo electrónico: _____

Por favor en liste 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

_____ **CASTRACIÓN:** Entiendo que mi mascota recibirá un pequeño tatuaje cerca del sitio de la incisión (no doloroso) para mostrar que ha sido esterilizado para así evitar unas futuras anestesia y cirugía innecesarias.

inicial

_____ **ESTERILIZACIÓN FEMENINA:** ¿Último ciclo que su mascota estuvo en celo? _____

inicial

Cesaria

¿Tu mascota a dado a luz recientemente? NO SÍ ¿Cuándo? _____

Natural

Yo reconozco que mi mascota esta sana y no tengo preocupaciones médicas. Entiendo que mi mascota recibirá un pequeño tatuaje cerca del sitio de la incisión (no doloroso) para mostrar que sido esterilizado para así evitar unas futuras anestesia y cirugía innecesarias.

Reconozco mi mascota no está embarazada. Si se descubre que mi mascota está embarazada, yo autorizo la esterilización que continuar sabiendo que esto resultará en un embarazo interrumpido y se aplicarán cargos adicionales. Adicionalmente si se descubre que mi mascota está en celo o acaba de salir de estar en celo. Entiendo que cargos adicionales podrían aplicarse.

Análisis de sangre

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 sin condiciones preexistentes, entiendo los riesgos asociados con el procedimiento y rechazo los análisis de sangre

_____ Mi mascota ha tenido analisis de sangre en los ultimos 30 dias, me han informado de los resultados y me han dicho que esta bien seguir adelante con el procedimiento de hoy

CONSENTIMIENTO QUIRÚRGICO

Por la presente autorizo al equipo quirúrgico del Dr. Kelly a proporcionar atención médica y quirúrgica veterinaria 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.

Firma: _____ Fecha: _____

¿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 \$ _____

EXTRAS: Cono \$16 Recorte de Uñas \$5 Microchip \$46 Glándulas Anales \$27 Limpieza de Oídos \$29

Requerido para perros

Nails

AGE

Ear Cleaning

Medicamento para el Dolor \$25 Sedantes \$30+ Catéter con Fluidos \$97 Inyección Antinausea \$29+ Sacar Pelos Adentro del Oído \$27

Pain Meds TGH

IVC

Ear Plucking

Vacunas de PERRO: Rabia \$34 Bórdatela \$38 Da2PP \$45 Da2pp con Leptospirosis \$48 Influenza \$69 Prueba del Gusano del Corazón 4DX \$52

HWT

Vacunas de GATO: Rabia \$34 FVRCP \$40 COMBO (FELV W/FVRCP) \$50 Prueba FELV/FIV \$52