Santa Fe Animal Shelter & Humane Society
Spay/Neuter & Wellness Clinic
2570 B Camino Entrada, Santa Fe, NM 87507
(505) 474-6422

SURGERY MEDICAL RECORD

Información del cliente ***(por favor de apuntar)*** **¿Como aprendió usted de nuestra clínica?** _____

Apellido _____ Nombre_____

Dirección_____ Ciudad_____ Estado_____ Codigo_____

Telefono de casa: ( )_____ Teléfono alterne : ( )_____

Información de mascota

AID#:_____

Nombre:_____ Casta:_____ Gato ☐ Macho ☐

Color:_____ Edad:_____ años _____meses Perro ☐ Hembra ☐

ACUERDO PARA LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA (con cuidado lea y esté seguro que usted entiende el siguiente antes de firmar su nombre).

Yo estoy de acuerdo y autorizo al Santa Fe Animal Shelter & Humane Society (SFAS&HS) y proveo para recibir, prescribir para, y operar sobre el animal descrito arriba. Soy el dueño o agente oficial del animal mencionado arriba.

Los veterinarios y personal deben usar todas las precauciones razonables contra herida, fuga o destrucción del animal y realizar todos los procedimientos en una manera profesional de acuerdo con estándares aceptados de la medicina veterinaria. El personal de la clínica han hablado de todos los aspectos del caso del animal conmigo y entiendo lo contenido de este párrafo. Con este en mente, por este medio libero a los doctores de clínica y el personal de la responsabilidad adicional en esta situación.

Debo ser informado de cualquier cambio del cuidado propuesto y el tratamiento del animal, así como cualquier cambio de la condición del animal, a menos que no puedo ser alcanzado o localizado, y una situación de emergencia existe.

Los doctores de hospital y el personal deben usar el juicio médico sano en el cuidado del animal. Debo ser informado de la fecha de descarga del animal, y seré responsable pagar todos los gastos en su totalidad sobre el descarte del animal. Si dejo a mi mascota en el hospital más allá de la fecha de la descarga sin haber echo arreglos anteriores, entiendo que los procedimientos de abandono serán iniciados como perfilado según la Nueva Ley de Estado de Nuevo México. Adelante entiendo que seré totalmente responsable de todos los gastos hasta que el animal sea liberado del hospital o considerado abandonado según la Nueva Ley de Estado de México.

Por favor de firmar sus iniciales en la línea:

_____ Entiendo que algunos factores considerablemente aumentan riesgo quirúrgico incluso pero no limitados al: embarazo, si su mascota esta en su ciclo de calor, y enfermedades como FIV, VELV, y gusanos de corazón. _____ Entiendo que si resulta durante la cirugía, que mi perra esta en celo o embarazada, seré cobrado $20 dólares adicionales. _____ Entiendo que si resulta durante la cirugía, que mi gata esta embarazada, seré cobrado $20 dólares adicionales. _____ Entiendo que el embarazo será terminado en la cirugía.

Firma del Dueño O Agente _____Fecha_____

CLINIC USE ONLY

Surgery		Vaccinations		Tests		Other	
Spay		Rabies 1yr 3yr		FeLV		Office Visit	
Neuter		DA2PP 1st 2nd 3rd Annual		FeLV/FIV		Microchip	
In Heat		FVRCP 1st 2nd 3rd Annual		Heartworm		Pain Meds	
Pregnant		Bordatella		Pre-Sx Bloodwork		Heartguard	
Cryptorchid		FeLV		Fecal		Nail Trim	
Hernia		Current				Carrier	
Other		Declined				Other	