



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 _____ Código _____

Teléfono 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, será cobrado \$20 dólares adicionales. _____ Entiendo que si resulta durante la cirugía, que mi gata esta embarazada, será 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

