



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 escriba claro)

¿Como supo usted de nuestra clínica? _____

Apellido _____ Nombre _____

Dirección _____ Apt/Unidad # _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

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

Información de mascota

Nombre: _____ raza: _____ Gato Macho

Color: _____ Edad: _____ años _____ meses Perro Hembra

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

Yo estoy de acuerdo y autorizo a Santa Fe Animal Shelter & Humane Society (SFAS&HS) y sus empleados para recibir, prescribir y operar 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 me ha explicado todos los aspectos de este caso referente al animal y entiendo el contenido de este párrafo. Con esto en mente, por este medio libero a los doctores de clínica y el personal de responsabilidad legal en mi caso.

Debo ser informado de cualquier cambio del cuidado, propuesto y el tratamiento del animal, así como cualquier cambio en la condición del animal, a menos que no pueda ser localizado, y se presenta una emergencia.

Los doctores de hospital y el personal deben usar juicio médico en el cuidado del animal. Debo ser informado de la fecha de entrega del animal, y seré responsable de pagar todos los gastos en su totalidad al recibir mi animal. Si dejo a mi mascota en el hospital más allá de la fecha de entrega sin haber echo arreglos anteriores, entiendo que los procedimientos de abandono serán iniciados según la Ley del Estado de Nuevo México. Además entiendo que soy totalmente responsable de todos los gastos hasta que el animal sea dado de alta del hospital o considerado abandonado según la Ley del Estado de México.

Entiendo que algunos factores considerablemente aumentan los riesgo quirúrgico incluyendo pero no limitados al: embarazo, si su mascota esta en su ciclo de celo 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. Yo entiendo que si llego a recoger a mi mascota después **de las 4:00pm**, se me cobrara un no-negociable cargo de **\$50.00 por llegar tarde.**

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 3-yr	FeLV/FIV	Microchip
In Heat	FVRCP 1st 2nd 3rd Annual 3-yr	Heartworm	Pain Meds
Pregnant	Bordatella nasal inj	Pre-Sx Bloodwork	Heartguard Preventive
Cryptorchid	FeLV 1st Annual	Fecal	Nail Trim
Hernia	Current		Carrier
Other	Declined		License City County