

Clínica Veterinaria Town & Country West
1770 Powder Springs Rd. SW
Marietta, GA 30064
770-528-6363

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA

Por la presente, autorizo al Dr. _____ y/o a los asistentes seleccionados por él/ella, a realizar los siguientes procedimientos en mi mascota:

Durante la operación, circunstancias inesperadas como calor, embarazo, testículos no descendidos, piometra, ovarios císticos, etc., pueden requerir procedimientos adicionales o diferentes, con cargos extra. Autorizo al cirujano y asistentes mencionados a realizar procedimientos necesarios según su juicio profesional. Nos comprometemos a mantenerlo informado durante el proceso contactándolo al número de emergencia proporcionado en caso de cualquier preocupación adicional. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted a ese número, por favor entienda que tal vez no sea posible resolver el problema encontrado. En caso de una condición médica grave y potencialmente mortal y nuestra incapacidad para comunicarnos con usted, nos reservamos el derecho de administrar tratamiento a su mascota a nuestra discreción, con los costos asociados siendo su responsabilidad. Estoy informado/a de los riesgos y consecuencias asociados.

Todos los animales sometidos a cirugía tendrán un catéter IV colocado. Los fluidos IV ayudan a mantener el flujo y la presión sanguínea adecuada, además de proteger los órganos. Además, tenemos un puerto disponible para administrar medicamentos en caso de una emergencia. Las cirugías implican dolor que a menudo persiste durante algunos días. Las mascotas pueden ser fuertes y a veces no nos informan que tienen dolor. Todos los animales recibirán medicamentos para el dolor el día de la cirugía. Para los perros, se dispensarán medicamentos para llevar a casa.

Para mejorar la experiencia de recuperación de mi mascota, la clínica puede administrar una inyección de **Cerenia**, diseñada para aliviar náuseas e incomodidades estomacales en perros y gatos durante por 24 horas, asegurando una recuperación más suave y cómoda. Entiendo que esta inyección está disponible a un costo entre \$30 y \$50, según el peso de mi mascota. Acepto _____ Rechazo _____ Que el Doctor decida _____.

Todos los animales admitidos deben tener sus vacunas al día.

Análisis de Sangre Pre-anestésico: Una mascota que parece saludable aún puede tener enfermedades ocultas. Si se encuentra un problema, la anestesia puede posponerse o ajustarse según las necesidades de su mascota. **\$89.00.** _____ solicitud _____ rechazo

Collar Isabelino: Para evitar que la mascota lama el sitio de la cirugía. Entre **\$12 - \$26.** _____ solicitud _____ rechazo

Microchip: Identificación de mascotas. **\$70.00.** _____ solicitud _____ rechazo

Terapia con Láser: La terapia con láser consiste en el uso de un intenso haz de luz láser dirigido hacia los tejidos para reducir el dolor, aumentar el flujo sanguíneo, disminuir la inflamación y promover la cicatrización de la incisión. **\$17.00** _____ solicitud _____ rechazo

Histopatología: **\$157.00** _____ solicitud _____ rechazo **Análisis de Piedras:** **\$99** _____ solicitud _____ rechazo

¿Desea que le corten las uñas a su mascota mientras está bajo anestesia? (Gratis) _____ solicitud _____ rechazo

Para todos los procedimientos necesarios para mantener la salud bucal (extracciones, mezcla de reemplazo de hueso, gel antibiótico, planificación de raíces abiertas, etc.) que se descubren mediante examen dental y radiografías, estoy de acuerdo con una de las siguientes opciones:

A) Realizar cirugía oral a discreción del médico para garantizar una boca saludable. No es necesario que me contacten primero y entiendo que la odontología avanzada puede aumentar la factura total hasta **\$300-\$600** adicionales. _____.

B) Pueden realizar cirugía oral sin contactarme, pero no permitan que mi factura por cirugía oral exceda los \$ _____ sin contactarme primero. _____.

C) No realicen cirugía oral sin contactarme primero. Entiendo que harán un intento de comunicarse conmigo y que mi mascota estará anestesiada cuando llamen. Si no respondo, mi mascota se recuperará de la anestesia sin que se realice el tratamiento necesario, lo que resultará en que mi mascota necesitará un procedimiento separado en el futuro. _____.

POR FAVOR, MENCIONE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO SU MASCOTA:

¿Ha comido o bebido su mascota en las últimas 8 horas? _____

Nombre y apellido del Dueño: _____ Firma del dueño: _____

Número donde puede ser contactado HOY: _____

Nombre, Especie, Raza y Color de su mascota: _____

Fecha: _____ Dirección: _____ Empleado/a: _____