

The Spay and Neuter Clinic of Pajaro Valley, Inc.

150 A Pennsylvania Dr.

Watsonville, CA 95076

(831)818-5007

thespayandneuterclinicofpv.com

[thespayandneuterclinicofpv@gmail.com](mailto:thespayandneuterclinicofpv@gmail.com)

**CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA Y ESTERILIZACIÓN QUIRURGICA**

Yo, siendo de edad legal y responsable de la mascota o mascotas descritas abajo, autorizo a la Clínica de Esterilización Del Valle De Pájaro, Inc y su personal, voluntarios, y agentes para que esterilicen a la mascota nombrada abajo. Aun mas, si no puedo comprobar que la vacuna de rabia fue administrada a un perro o gato de mas de cuatro meses de edad, estoy de acuerdo que administren esta vacuna en acuerdo con los estatutos legales del estado de California.

Yo entiendo que los mencionados arriba usaran todas las precauciones razonables al administrar la anestesia durante la cirugía. Yo entiendo los riesgos involucrados y que pueden existir circunstancias aun usando todas las precauciones necesarias. Yo por lo tanto estoy de acuerdo que los mencionados arriba no serán responsables en el evento de la lastimadura, , escape o muerte de la mascota. En adición, yo prometo indemnizar, defender y mantener indemne a la Clínica de Esterilización Del Valle de Pájaro, Inc. y sus agentes.

Yo entiendo que esta mascota a pasado o pasara un breve examen de salud conducido por un veterinario antes de someterse a la cirugía. Sin embargo, esta mascota todavía puede tener una condición medica subyacente que pueda complicar la anestesia y cirugía. Yo entiendo que soy financialmente responsable por las vacunas, exámenes de sangre y cualquier otro servicio pedido por la Clínica de Esterilización del Del Valle de Pájaro, Inc.

Yo entiendo que mientras y tanto, en la opinión del veterinario atendiendo, la mascota sea un(a) candidato(a) aceptable para cirugía, los procedimientos de esterilización serán realizados independientemente del sexo o condición medica de la mascota (incluyendo embarazo). Yo entiendo que el veterinario atendiendo puede rehusar realizar cualquier procedimiento en cualquier mascota por cualquier razón. Tal denegación es solo a la discreción del veterinario atendiendo. Yo entiendo que mascotas esterilizadas pueden ser identificadas con un tatuaje permanente.

Yo entiendo que la anestesia y cirugía mencionada arriba, diagnósticos o procedimientos terapéuticos pueden incluir riesgos o complicaciones, lastimaduras y incluso muerte, por tanto una causa conocida como una causa desconocida y ninguna garantía a sido expresada o implicada ni a habido promesas de resultado o cura. Además, yo autorizo al personal del hospital de que en caso de emergencia sigan los procedimientos necesarios para el bienestar de mi mascota hasta que puedan comunicarse conmigo. Si durante el transcurso del tratamiento se descubre una condición que necesita atención medica o un procedimiento adicional, tal como la reparación de una hernia o la administración de fluidos intravenosos, el veterinario atendiendo puede, en su absoluta discreción, realizar ese procedimiento. Yo doy mi consentimiento a estos procedimientos.

Yo entiendo que las mascotas deben ser recogidas después de su cirugía en la parte tarde del día. Si la mascota no es recogida se le cobraran $40.00 por noche por cada mascota no recogida al tiempo asignado. Si yo no reclamo mi mascota dentro de un día de negocio después de la hora asignada, yo renuncio tal mascota y autorizo a la Clínica de Esterilización del Del Valle de Pájaro, Inc., a su discreción disponer de la mascota apropiadamente.

Yo entiendo que debido al nivel de estrés que las mascotas experimentan en un ambiente de albergue, se pueden desarrollar infecciones de la vía respiratoria. También entiendo que si los síntomas ocurren yo necesito contactar a mi veterinario personal.

En evento de que la mascota tenga problemas en casa, yo buscaré atención veterinaria para mi mascota al tiempo apropiado. También entiendo que este cuidado y cualquier futuro cuidado será a mi propio costo.

**Ya que a hecho la decisión de inscribir a su mascota en el programa de bajo costo de esterilización NO hay reembolsos!**

Mi firma abajo indica que he leído la información arriba y estoy de acuerdo con los términos. También he recibido una copia de las instrucciones para el cliente.

Nombre del Dueño(a)

(Letra de Molde)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de Teléfono\_\_(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mascota

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especie: Perro/Gato/Conejo Mascota

ID#:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iniciales del personal indicando que el cliente recibió las instrucciones:\_\_\_\_\_\_

Fecha y Hora de Cita:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_