



4 Paws Spay & Neuter Clinic

1120-A Piedmont Dr. Lexington, N.C.27295 | 336-843-1001 WWW.4PawsClinic.Org

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO QUIRÚRGICO

OWNER/ DUEÑO	Owner/ Dueño «Ownername» «VolumeClientName» «OwnerAddressLine1» «OwnerAddressLine2» «OwnerAddressCity», «OwnerAddressState» «OwnerAddressZip» Cell: «OwnerPhoneCell» Home: «OwnerPhoneHome» «OwnerEmail»	Date of Surgery/ Fecha de Cirugía «AppointmentDate»

ANIMAL/ ANIMAL	Name/ Nombre «AnimalName»	Description/ Descripción «AnimalSpecies» / «AnimalSex» / «AnimalBreed» / «AnimalAgeYear» yr, «AnimalAgeMonths» mo/ «AnimalPrimaryColor»/«AnimalSecondaryColor» Notes/ Notas: «AnimalNotes» «AnimalShortNotes»		
	Health Questions/ Preguntas de Salud ***This section required / Esta sección require***		Yes/Sí	No
	¿Tiene el animal alguna condición médica o de salud actual, incluyendo tos, estornudos, vómitos, diarrea, cansancio inusual, reacciones a las vacunas u otras alergias? Si es así, por favor explique:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha ido el animal a un veterinario en los últimos 30 días o ha tenido alguna cirugía previa? Si es así, por favor explique:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Is the Animal on any medications, or had any injections, in the last 30 days including insulin, thyroid or steroids?/ ¿Está el animal tomando algún medicamento o se ha inyectado algo en los últimos 30 días, incluyendo insulina, tiroides o esteroides?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo la prueba de una vacuna previa contra la rabia (por favor, tráigala con usted)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SERVICES/SERVICIOS	Requested Services/ Servicios Solicitados	Add Any Additional Services/ Añadir Cualquier Servicio Adicional	
	«TableStart:Services» «ItemName» «TableEnd:Services»	<input type="checkbox"/> Vacuna Anti-Rabia de 1 Año <input type="checkbox"/> Vacuna Anti-Rabia de 3 Años (se requiere prueba previa de rabia) <input type="checkbox"/> Vacuna Anti-Bordetella ("tos de las perreras") <input type="checkbox"/> Vacuna Leukemia (Gatos) <input type="checkbox"/> Prueba de combo felino <input type="checkbox"/> Prueba de Heartworm4DX <input type="checkbox"/> punta de la oreja (solo gatos callejeros) <input type="checkbox"/> Corte de uñas	<input type="checkbox"/> Corte de uñas <input type="checkbox"/> DA2PP Vacuna (Perros: Moquillo/Parvo/distemper) <input type="checkbox"/> FVRCP Vaccine (Gatos: Rhinotracheitis, calicivirus and panleukopenia)/ Vacuna FVRCP (Gatos: Rinotraqueitis, calicivirus y panleukopenia) <input type="checkbox"/> Microchip - (registro incluido) <input type="checkbox"/> Reparación de hernias

TÉRMINOS DEL ACUERDO

El "4 Paws Spay & Neuter Clinic" utiliza personas calificadas y materiales de grado médico aprobados para todos los procedimientos realizados. Es importante que entienda que el riesgo de lesión o muerte, aunque extremadamente bajo, está siempre presente, al igual que para los humanos que se someten a una cirugía **INICIAL AQUI** _____

Por favor, lea cuidadosamente y asegúrese de que entiende toda la información de este acuerdo antes de firmar su nombre:

Yo, estando legalmente autorizado para tomar decisiones en nombre del animal nombrado/descrito anteriormente (el "Animal"), por la presente solicito y autorizo a "4 Paws Spay & Neuter Clinic", incluyendo a sus afiliados y a cada uno de sus empleados, voluntarios,

veterinarios y/u otros agentes (colectivamente, las Partes de "4 Paws Spay & Neuter Clinic"), según corresponda y de acuerdo con la ley aplicable, para recibir, transportar, prescribir, tratar y/o administrar vacunas contra la rabia, si se considera necesario e incluso si no se solicita, y cualquier otra vacuna y/o servicios que haya seleccionado a continuación, y/o realizar una operación para la esterilización sexual del animal.

Yo entiendo que toma hasta dos (2) semanas para que las vacunas protejan mejor al animal. Al poner mis iniciales aquí, certifico que el Animal ha sido vacunado dentro de un (1) año antes de esta fecha; o renuncio a mi derecho de proteger al Animal haciéndolo vacunar por lo menos dos semanas antes de la cirugía; o solicito las vacunas recomendadas en el momento de la cirugía, como se seleccionó anteriormente con el conocimiento de que el Animal aún no estará protegido. Certifico que el Animal no ha mordido a nadie en los últimos diez (10) días.

Yo entiendo los riesgos inherentes de no mantener las vacunas actuales y que ninguna vacuna es siempre 100% protectora, y renuncio a todos los reclamos que surjan de, o estén conectados con, cualquier enfermedad contraída después de la cirugía, incluyendo, pero no limitado a la tos de la perrera u otras infecciones respiratorias superiores. Soy responsable del tratamiento a mi cargo. INICIAL AQUÍ _____

Yo entiendo que la operación que he elegido presenta algunos peligros, y que puede resultar una lesión, una infección postoperatoria o la muerte del animal, ya que existe un riesgo inherente en el procedimiento y en el uso de los anestésicos y medicamentos previstos para el procedimiento, así como en las vacunas utilizadas. Entiendo que se administrará anestesia general al animal para la cirugía. Entiendo y acepto estos riesgos para el animal. INICIAL AQUÍ _____

Yo entiendo que "4 Paws Spay & Neuter Clinic" y/o cualquier "4 Paws Spay & Neuter Clinic" Parte tiene el derecho de rechazar cualquier servicio y/o procedimiento a cualquier animal por cualquier razón, incluyendo, pero no limitado a, situaciones donde la cirugía se considera un riesgo para la salud. Tal rechazo es a la sola discreción del veterinario que lo atiende.

veterinario Yo entiendo que se realizará un examen pre-operatorio al animal cuando sea posible, pero que hay ocasiones, a la sola discreción del que lo atiende, en las que dicho examen sólo puede realizarse después de que el animal ya haya sido sedado o anestesiado. Entiendo que el Animal no recibirá un análisis de sangre pre-operatorio en "4 Paws Spay & Neuter Clinic". Si decido que el animal se haga ese análisis de sangre, entiendo que debe ser realizado en una clínica veterinaria de servicio completo.

Yo entiendo que algunos factores aumentan significativamente el riesgo quirúrgico, incluyendo, pero no limitado a, la preñez, el calor, y enfermedades como el virus de inmunodeficiencia felina ("FIV"), el virus de leucemia felina ("FeLV"), y gusanos del corazón.

Yo entiendo que si el animal es un candidato aceptable para cirugía y/o vacunación, los procedimientos de esterilización y/o vacunación serán realizados sin importar el sexo del animal y/o su condición médica, incluyendo pero no limitándose a el embarazo. Entiendo que si el animal está embarazada, el embarazo será terminado en la cirugía.

Si se produce un acontecimiento imprevisto o una situación de emergencia o se descubre una afección médica que requiera un tratamiento médico urgente, consiento en que el veterinario que lo atienda pueda realizar dicho tratamiento o transportar al animal a otro veterinario para que le proporcione dicho tratamiento a mi cargo, sin necesidad de solicitar una autorización o consentimiento adicional de mi parte. Entiendo que se requerirá mi consentimiento adicional para el tratamiento que no sea de emergencia EXCEPTO en los casos en que el animal tenga una hernia umbilical abierta, que puede ser reparada en el momento de la cirugía con un cargo adicional de \$50 dólares sin mi consentimiento adicional. INICIAL AQUÍ _____

Yo proporcionaré un espacio de recuperación limpio, en el interior, cálido y seco. Proveré monitoreo y cuidado post operatorio apropiado para el animal, incluyendo pero no limitado a, el cuidado descrito en las Instrucciones Post-Operatorias. Me comprometo a cumplir con el "DOCUMENTO", una copia del cual está disponible a petición mía. Si sospecho que el animal tiene alguna complicación postoperatoria, me comprometo a seguir las instrucciones postoperatorias que se me darán. INICIAL AQUÍ _____

Yo entiendo que si el Animal está infestado de pulgas, "4 Paws Spay & Neuter Clinic" puede, a su sola discreción, administrarle un producto antipulgas (incluyendo pero no limitado a Tratamiento antipulgas cuyos efectos del tratamiento duran 24 horas). Me comprometo a pagar los del costo de este tratamiento cuando se recoja al animal de "4 Paws Spay & Neuter Clinic".

Yo entiendo que yo, o alguien autorizado por mí, debe recoger el animal en el lugar designado por el personal médico, y a la hora designada por el personal médico el día de la cirugía y/o la vacunación. Entiendo que, si no recojo al Animal a la hora designada, el Animal puede ser considerado por "4 Paws Spay & Neuter Clinic" como abandonado por mí al expirar el período de retención reglamentario. En ese caso, yo entiendo que, al expirar el periodo de retención estatutario, "4 Paws Spay & Neuter Clinic" tendrá la discreción de tratar con el animal como lo considere apropiado, incluyendo, pero no limitado a, ejercer su derecho de entregar el animal al Davidson County Animal Control ("Control de Animales") o disponer del animal como se considere justo y apropiado, y como lo permita el Estado de Carolina del Norte bajo GS 90-187.7(a). Si no recojo al animal a la hora y en el lugar designados como se describe arriba, me comprometo a pagar una cuota de alojamiento de hasta \$100 por noche, más cualquier costo relacionado con la medicación o el suministro del animal.

Yo entiendo y acepto que las Partes "4 Paws Spay & Neuter Clinic" y partes de "4 Paws Spay & Neuter Clinic" (colectivamente, las "Partes Liberadas") no serán responsables o se les considerará responsables por mí en cualquier asunto, o en conexión con el procedimiento o procedimientos que se lleven a cabo en el animal y/o cualquier vacuna que se le administre al animal, y por la presente eximo a las Partes Liberadas de cualquier responsabilidad y daños que puedan surgir. Asumiré toda la responsabilidad, financiera y de otro tipo, si el animal se enferma. Estoy de acuerdo en indemnizar y liberar a las partes liberadas de cualquier daño causado durante el transporte del animal. Las

partes liberadas no serán responsables de los daños causados por cualquier evento imprevisto, incluyendo fuego, vandalismo, robo, clima extremo, desastres naturales o actos de Dios.

Yo estoy de acuerdo en que las partes de "4 Paws Spay & Neuter Clinic" y "4 Paws Spay & Neuter Clinic" pueden tomar, o permitir que otros tomen, fotografías o video de mí y/o mi animal, mientras que en "4 Paws Spay & Neuter Clinic" y "4 Paws Spay & Neuter Clinic" las partes pueden usar o autorizar el uso de las fotografías o video de mí y/o mi animal de cualquier manera que considere apropiada para apoyar la misión de la clínica, incluyendo propósitos de recaudación de fondos.

YO GARANTIZO POR LA PRESENTE QUE (A) TENGO POR LO MENOS DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD Y LA MAYORÍA DE EDAD EN EL ESTADO EN EL QUE RESIDO, (B) HE LEÍDO ESTE ACUERDO CUIDADOSAMENTE ANTES DE SU EJECUCIÓN, (C) ENTIENDO COMPLETAMENTE EL CONTENIDO DE ESTE ACUERDO, (D) ME DOY CUENTA DE QUE ESTE ACUERDO ES UN DOCUMENTO LEGAL EJECUTABLE ENTRE YO Y "NOMBRE DE LA CLÍNICA", Y (E) VOLUNTARIAMENTE FIRMO ESTE ACUERDO POR MI PROPIA VOLUNTAD.

EL ANIMAL RECIBIRÁ UN PEQUEÑO TATUAJE EN SU PARTE INFERIOR PARA MOSTRAR QUE HA SIDO ESTERILIZADO.

AL FIRMAR ABAJO, RECONOZCO QUE HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS DE ESTE ACUERDO.

SIGNATURE OF OWNER OR AUTHORIZED AGENT:
FIRMA DEL DUEÑO O DEL AGENTE AUTORIZADO:

DATE / FECHA: