



FECHA: _____

RAYFORD ANIMAL WELLNESS CLINIC

606 Rayford Road. Suite D, Spring, TX 77386 rawcvet@gmail.com (281)667-9360

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO QUIRÚRGICO

Nombre del cliente:				Número de contacto:			
Nombre de mascota:		Años:	Peso:		Raza:		Color:
Hombre / Mujer / Desconocido	Organización (encierra en un círculo)	Propiedad	OPA CC	CECS	BKMAF	OPA	ID#:

Procedimiento planificado: _____ **Costo estimado:** _____

*** NOTA: con cualquier procedimiento quirúrgico, recomendamos llevar a casa un "e-collar". Esto ayudará en el proceso de curación al impedir que la mascota agite la incisión. Sí Me gustaría un E-COLLAR (\$ 20) - NO, ya tengo uno, o lo recibiré más adelante.**

- 1) ¿A qué hora comió su mascota por última vez? _____. (10-12 horas sin comida permitida).
 2) Enumere TODAS las inquietudes de salud pertinentes, previas o continuas (incluya las reacciones a medicamentos o vacunas anteriores, vómitos, diarrea, tos, estornudos, secreción nasal, in-apetence o pérdida de peso en el último mes): _____

3) ¿Su mascota toma algún medicamento (incluye medicamentos contra las pulgas y el parásito del corazón)? **(SÍ/NO)**
 Última vez recibido medicación? _____

***Si hay pulgas presentes, se administrarán medicamentos contra las pulgas a costa del propietario. Descuentos disponibles si se compra la prevención/llevarse a casa. <Capstar (dura 24 horas) = \$ 10, Advantage Multi (dura 30 días) = \$ 20>

4) **Servicios opcionales solicitados (con costo adicional):**

Microchip (\$20) Recorte de uñas (\$5) quitar el clavo completo (\$25) Examen (\$35) Prueba de gusano del corazón (\$25) FELV/FIV Prueba Combo (\$35) Vacunas (\$15 - \$25) Limpieza de oídos (\$12) OTRO: _____

***** Requerimos prueba de vacuna contra la rabia para TODOS los gatos y perros. Si no se proporciona ninguna prueba, la vacuna se administrará por un costo adicional de \$ 15.00.**

- 5) Yo **(rechazo / acepto)** trabajo de laboratorio preoperatorio para mi mascota a un costo adicional de (\$80)
 * si la mascota es mayor de 8 años se requiere un análisis de sangre. Para la seguridad de su mascota senior, RAWC no realizará cirugía si se rechaza.

6) Al firmar este documento, autorizo a la Clínica de Bienestar de Rayford Animal a realizar el procedimiento mencionado anteriormente. Entiendo que con cualquier cirugía existe el riesgo inherente de anestesia y complicaciones quirúrgicas que podrían ser fatales. No guardo Wellness Clinic Raimundo Animal responsable de ningún tipo de complicaciones imprevistas. *** **NOTA: cada mascota debe estar en su propia caja, trampa o correa. Debido al espacio limitado de la perrera, todos los animales pequeños serán devueltos a su caja para su recuperación. Esto crea menos estrés para la mascota en un entorno familiar.**

7) **Owner's Signature:** _____ **Date:** ____/____/____

-----Solo para uso médico (no escriba debajo de esta línea)-----

Vaccines Given:	<input type="radio"/> Rabies	<input type="radio"/> DHPP	<input type="radio"/> Bord	<input type="radio"/> Lepto	<input type="radio"/> CIV	<input type="radio"/> FeLV	<input type="radio"/> FVRCP	_____ Test
Booster:	1 yr / 3 yr	3 wks / 1 yr / 3 yr	1 yr / 6 mos	3 wks / 1 yr	3 wks / 1yr	3 wks / 1yr	3 wks / 1 yr	Pos / Neg

No vaccines given today

Patient ID: _____

Rabies Vaccine Due: _____

Abnormalities on exam:

Assessment:

Plan:

Veterinarian _____

FECHA: _____

Veterinarian _____