

Formulario De Autorización De Anestesia y Cirugía

Nombre del Propietario _____ Fecha ____/____/____

Nombre de la Mascota _____

Yo autorizo el uso de anestesia en la ejecución de la siguiente operación (s):

Nosotros siempre recomendamos:

- **Examen de sangre Pre-Anestesia:** Como usted, nuestra gran preocupación es el mejor estado de salud de su mascota. Algunas condiciones, incluido desordenes del hígado, riñones y de la sangre, no son detectados sin el examen de sangre. Los Anestésicos son eliminados del organismo por medio del hígado y los riñones. Algún desorden de estos órganos puede incrementar el riesgo de la anestesia en su mascota. Por esta razón, nosotros siempre recomendamos el examen de sangre pre-anestesia, para lograr mantener a su mascota con el mínimo riesgo posible causado por la anestesia. Los resultados del examen se conocerán de inmediato y usted será notificado de cualquier anomalía que resulte.
 - _____ SI quiero que se practique el test de sangre pre-anestesia. (Precio \$65.00)
 - _____ NO quiero que se practique el test de sangre pre-anestesia.

Yo entiendo que la anestesia usada en este hospital es una de las mejores utilizadas en la medicina veterinaria, con todas las anestesias se corre riesgo medico. Se me ha explicado lo anterior por un miembro del personal del Hospital de Animales Rogers y entiendo que ninguna garantía pueden darme legal o ética del resultado final de algún procedimiento realizado. Yo he mantenido mi mascota sin alimento por las últimas 12 horas.

Firma _____

Teléfono donde nosotros lo podemos localizar al momento _____ (Muy importante)

SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

Yo personalmente le he explicado a la persona que firma este formulario de los altos riesgos y complicaciones médicas que pueden incluir hasta la muerte a causa de la administración de cualquier tipo de anestesia.

Firma del miembro del personal _____ Fecha ____/____/____