

AUTORIZACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA ESTERILIZACIÓN

Escriba sus iniciales junto a cada párrafo; después firme y escriba la fecha al final.

____ Entiendo que la cirugía implica el uso de anestésicos y medicamentos, y que la cirugía y los procedimientos relacionados podrían ocasionar lesiones o la muerte del animal. Entiendo los riesgos y acepto que el veterinario que atiende y su personal no serán responsables por complicaciones que puedan surgir durante la cirugía o como resultado de ella. Si el animal muere como resultado de la cirugía, autorizo al veterinario a disponer de los restos de acuerdo con la ley y la política de esta clínica. La política de Animal Protection League (APL) es comunicarse con el propietario.

____ Entiendo que las siguientes condiciones pueden aumentar la probabilidad de complicaciones o muerte después de la cirugía y asumo toda responsabilidad financiera y de otro tipo por las consecuencias: perras en celo; animales con lombrices, leucemia u otras enfermedades o lesiones; cirugía durante etapas avanzadas del embarazo; cirugía en un animal de edad avanzada.

____ Entiendo que el veterinario puede negarse a realizar la cirugía cuando considere que el procedimiento pondría en peligro la salud del animal. También entiendo que APL puede negarse a aceptar cualquier animal si el veterinario considera que pudiera poner en peligro la seguridad de otro animal o persona.

____ SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER, ESTE ANIMAL NO HA MORDIDO A NINGUNA PERSONA DURANTE LOS 15 DÍAS ANTERIORES A ESTA FECHA.

____ Certifico que mi animal no ha comido durante al menos diez horas antes de la cirugía (aplica únicamente a los ingresos de la mañana).

____ Entiendo que las vacunas tardan al menos diez días en ser efectivas. Si mi mascota no fue vacunada por lo menos diez días antes de esta fecha, podría no estar protegida. Si recibe vacunas hoy, no estará protegida hasta por lo menos diez días después. Entiendo los riesgos de no mantener las vacunas al día y renuncio a reclamaciones relacionadas con la operación, el tratamiento o el alojamiento de mi animal con otros animales en las instalaciones.

____ ACEPTO PAGAR CUALQUIER GASTO IMPREVISTO RELACIONADO CON EL PROCEDIMIENTO O EL CUIDADO POSTERIOR DE MI(S) MASCOTA(S), INCLUYENDO DAÑOS A LA INCISIÓN POR LAMERSE, LÍQUIDOS, COMPLICACIONES ANESTÉSICAS, ANTIBIÓTICOS, TRANSFUSIONES DE SANGRE, DIAGNÓSTICOS DE EMERGENCIA, ETC. PARA EMERGENCIAS O CUIDADOS POSTERIORES, LLAME AL 903-348-9674. SI UTILIZO OTRO VETERINARIO PARA ATENCIÓN RELACIONADA CON LA CIRUGÍA, SERÉ RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS.

____ En caso de que un animal sea abandonado, se me enviará una notificación escrita para retirarlo. Doce días después de dicha notificación, el animal pasa a ser propiedad de APL y será manejado conforme a las normas establecidas por la Junta de Examinadores Médicos de Texas. Esto no me exime de pagar los costos de los servicios realizados, incluyendo cargos de alojamiento.

____ Entiendo que APL no está asociada ni afiliada con el veterinario que atiende ni con ninguna persona o asociación con la cual dicho veterinario pueda estar asociado. El veterinario realizará la esterilización en instalaciones arrendadas por APL. APL no patrocina al veterinario ni controla los procedimientos, tratamientos o cuidados proporcionados por el veterinario o su personal.

____ Por la presente libero a APL y a todos sus funcionarios, directores, empleados y miembros de toda reclamación que surja de esta operación o procedimiento, o de cualquier acto u omisión del veterinario, su personal o asociados, INCLUSO SI DICHO ACTO U OMISIÓN SE CONSIDERA NEGLIGENCIA POR PARTE DE APL, SUS FUNCIONARIOS, DIRECTORES, EMPLEADOS Y MIEMBROS.

____ Como propietario de la(s) mascota(s) descrita(s) en el cuestionario, solicito y autorizo al veterinario a realizar la cirugía y cualquier otro tratamiento necesario para lograr la esterilización. Si mi perro o gato macho es criptórquido (uno o ambos testículos no han descendido), habrá un cargo adicional.

____ Si mi mascota es de edad avanzada, entiendo que se considera una cirugía de alto riesgo. APL recomienda llevarla a una clínica veterinaria de servicio completo para análisis de sangre que puedan detectar condiciones subyacentes, como problemas renales o hepáticos. Entiendo que APL no realiza análisis rutinarios de química sanguínea.

____ Entiendo que mi mascota recibirá un pequeño tatuaje en el abdomen durante la cirugía para indicar que ha sido esterilizada.

Firma: _____

Fecha: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINAPAGADO (MARQUE UNO) VISA / MC / DISC / AMEX / EFECTIVO \$ CAJERO/A: _____

ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DE LA TARJETA _____

PAGO SIN CONTACTO: SÍ / NO**CUENTA #** _____**POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE**

¿Cómo se enteró? Cliente anterior Amigo/a Radio Volante Periódico Otro _____

Nombre del propietario: _____**Correo:** _____**Teléfono:** _____**EMERG#:** _____**Dirección:** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **C.P.:** _____

NOMBRE DE LA MASCOTA	PERRO/GATO	RAZA	COLOR	M/H	EDAD	¿ERA CALLEJERO?

Si tiene inquietudes sobre la salud de su mascota o su capacidad para sobrevivir a la cirugía, le sugerimos llevarla a su veterinario local de servicio completo para análisis de sangre y una evaluación de salud.

**** Todos los perros deberán usar un collar isabelino durante al menos 14 días. APL no será responsable por reparación de la incisión ni antibióticos debido a daños causados por lamerse. El collar ayuda a prevenir estos daños, pero no es una garantía.**

APL desea compartir fotos de sus amigos peludos en Facebook. Si tomamos una foto de su mascota, escriba sus iniciales aquí si nos da permiso para compartirla en línea: _____

APL ofrece medicamento adicional para el dolor posoperatorio (3 días / \$20). Iniciales si desea llevarlo a casa hoy: _____

PERROS - ¿Prevención contra gusano del corazón? SÍ NO Si SÍ, ¿cuál? _____

GATOS - Si encuentra tenias (\$15) y/o ácaros (\$5), ¿desea tratamiento? SÍ NO

VACUNAS PARA PERROS

Rabia - \$15
 Moquillo/Parvo - \$18
 Bordetella - \$18
 Paquete (las 3) - \$40
 Lepto - \$15
 Paquete Deluxe - \$50

ADICIONALES PARA PERROS

Desparasitante básico - \$5
 Drontal - \$15-30/pastilla
 Prueba gusano corazón - \$20
 Corte de uñas - \$5

PREVENCIÓN GUSANO CORAZÓN**Triheart: dosis / paquete 6**

1-25 lb \$8 / \$35
 26-50 lb \$9 / \$40
 Más 50 lb \$10 / \$50

INTERCEPTOR PLUS**Dosis / paquete de 6**

2-8 lb \$12 / \$50
 8-25 lb \$12 / \$50
 25-50 lb \$13 / \$60
 50-100 lb \$15 / \$70

ADICIONALES PARA AMBOS

Microchip - \$30*
 *Registro de por vida

VACUNAS PARA GATOS

Rabia - \$15
 Moquillo felino - \$18
 Leucemia felina - \$20
 Paquete (las 3) - \$40

ADICIONALES PARA GATOS

Desparasitante básico - \$5
 Profender - \$20
 Prueba FIV/Leucemia - \$35
 Corte de uñas - \$5
 Ácaros del oído - \$5

GUSANO CORAZÓN Y PULGAS**Simparica Trio: dosis / paq. 6**

2.8-5.5 lb \$35 / \$155
 5.6-11 lb \$36 / \$158
 11.1-22 lb \$37 / \$162
 22.1-44 lb \$38 / \$168
 44.1-88 lb \$39 / \$172
 88.1-132 lb \$40 / \$175

PULGAS - GATOS

Revolution: 1 dosis \$30
 Paquete de 6 - \$150
 Bravecto (3 meses) - \$70

PULGAS/GARRAPATAS - PERROS**NEXGARD (1 mes)**

4.4-9.9 lb \$26
 10-24 lb \$27
 24-60 lb \$29
 60-129 lb \$30

BRAVECTO (3 meses)

4.4-9.9 \$71 | 10-22 \$72
 22-44 \$73 | 44-88 \$74
 88-123 lb \$75

Liga de Protección Animal

PROPIETARIO DE MASCOTAS: COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN EN LETRAS EN NEGRITA.

NO SE PUEDE VER SU MASCOTA HASTA QUE SE COMPLETE ESTE FORMULARIO.

Si tiene inquietudes sobre la salud de su mascota, le sugerimos que la lleve a su veterinario local y privado para realizar análisis de sangre y una evaluación de salud.

Fecha: _____

Circule Uno: Perro o Gato

Nombre del Dueño: _____

Sexo: Femenino o Masculino

Nombre de Mascota: _____

Años: _____

Motivo de visita hoy: _____

¿Ha mostrado esta mascota algún signo de enfermedad en las últimas 2 semanas? Si No

¿Esta mascota tiene alguna enfermedad crónica o está siendo tratada actualmente por alguna condición? Si No

En caso afirmativo, indique: _____

¿Esta mascota tose, estornuda, es letárgica o tiene diarrea? Si No

¿Ha tenido esta mascota un aumento o pérdida de peso significativo?? Si No

¿Alguna vez esta mascota tuvo una convulsión? Si No

¿Alguna vez ha tenido esta mascota una reacción a las vacunas? Si No

¿Esta mascota podría estar embarazada? Si No

¿Esta mascota actualmente amamanta cachorros / gatitos? Si No

¿La mascota está en prevención de pulgas? Si No

¿La mascota está actualmente en prevención de gusanos del corazón? Si No

Cualquier otra información sobre su mascota que debamos conocer? _____

For veterinarian use only:

Weight_____ Temp_____

Patient appears healthy for surgery ☐ Yes ☐ No

Dr's Notes:

¡Su mascota nos visita hoy! La hora de salida es a las 3 p.m. y el personal se irá a las 3:30 p.m. **Los cargos por pagos atrasados comienzan a las 3:15 p.m. a \$ 20 por mascota y se acumulan cada 15 minutos.** Si no ha recogido a su mascota para cuando el personal salga de la ubicación, su mascota se irá a casa con un miembro del personal para cuidar a su mascota durante la noche, ya que APL no ofrece servicios de alojamiento según la Ordenanza de City of Longview. Si no recogió a su mascota, será responsable de hacer los arreglos para hacerlo al día siguiente en la oficina de Longview en 1604 State Highway 31 E. **Se agregará una tarifa de embarque nocturno de \$ 50 por mascota cada noche que un miembro del personal tenga que cuidar a su mascota durante la noche.** Si no se hacen los arreglos, APL se verá obligado a enviar una carta certificada con respecto al abandono del animal, se presentarán cargos y APL se verá obligado a entregar a su mascota al refugio de animales local.

Al firmar esto, confirmo que soy plenamente consciente de la hora de salida con respecto a mi mascota, las consecuencias de no recoger a mi mascota a tiempo, y que soy el único responsable de cualquier tarifa relacionada con los servicios prestados, así como las tarifas por retraso / embarque. Si mi mascota es abandonada y, como resultado, entregada, sigo siendo financieramente responsable de los honorarios acumulados.

Firma: _____ Fecha: _____

PIOMETRA

En sus términos más simples, la piómetra es una infección en el útero. La infección en el revestimiento del útero se establece como resultado de los cambios hormonales que atraviesa el útero durante cada estro (o ciclo de celo). La única forma de tratar la piómetra es mediante esterilización y antibióticos.

Si determinamos que su gato o perro tiene piómetra (porque la cirugía es más complicada que una esterilización de rutina), habrá un cargo adicional de \$25, MÁS los antibióticos REQUERIDOS (\$25-35).

Al firmar esto, confirmo que soy consciente de los cargos adicionales y los antibióticos que se requieren para tratar la piómetra de mi animal y que soy responsable de ellos en el momento de la recogida.

Firma: _____ Fecha: _____

Animal Protection League

Consentimiento del cliente para los servicios

Cuestionario sobre el estilo de vida - Reconozco que he revisado/completado el cuestionario sobre el estilo de vida de mi mascota, que tengo al menos 18 años de edad y que soy responsable de los servicios seleccionados/no seleccionados para mi mascota.

Información sobre las vacunas - Entiendo que las vacunas y los antiparasitarios reducirán considerablemente, pero quizá no eliminen por completo, las probabilidades de que mi mascota contraiga o controle las enfermedades o los parásitos que intentamos prevenir.

Efectos secundarios - Entiendo que existe la posibilidad de que mi mascota presente efectos secundarios después de recibir vacunas y/o de la administración de antiparasitarios, y que estos efectos secundarios suelen ser leves y se resuelven sin necesidad de atención veterinaria adicional. Los efectos secundarios comunes pueden incluir - letargo/depresión/somnolencia, disminución del apetito, cojera/dolor en el lugar de la vacunación, comportamiento antisocial, pequeña hinchazón en/sobre el lugar de la vacunación.

EFFECTOS SECUNDARIOS NORMALES DE LAS VACUNAS	REACCIONES ALÉRGICAS A LAS VACUNAS - SE REQUIERE VISITA A URGENCIAS
Fiebre	Vómitos excesivos (repetidos/no se detienen)
Letargo	Diarrea excesiva (repetida/no se detiene)
Hinchazón localizada en el lugar de la inyección	Encías extremadamente pálidas o blancas
Sensibilidad localizada en el lugar de la inyección	Colapso o incapacidad para ponerse de pie
Babeo de corta duración después de medicamentos orales	Hinchazón facial: labios gruesos (belfos), ojos hinchados
Falta de apetito (no debe durar más de 24 horas)	Urticaria (por lo general acompañada de otra reacción)

Si le preocupa cualquier comportamiento o síntoma que presente su mascota después de la administración de una vacuna o de antiparasitarios, comuníquese con nosotros al (903) 753-7387. Si los síntomas persisten durante más de 48 horas, comuníquese con su veterinario habitual/de su consulta privada. Se recomienda que informe cualquier síntoma/reacción sospechoso para que pueda registrarse y monitorearse adecuadamente. Entiendo que, si mi mascota presenta alguna reacción o síntoma grave que me preocupe, podría ser necesaria atención veterinaria de emergencia y que es mi responsabilidad financiera buscar atención en el centro veterinario más cercano.

Pruebas y prevención del gusano del corazón - Entiendo que la Asociación Americana del Gusano del Corazón (AHA) recomienda realizar una prueba del gusano del corazón antes de comenzar la prevención contra el gusano del corazón, repetir la prueba 6 meses después y, a partir de entonces, realizarla anualmente. También entiendo que, si se omite, se retrasa o se administra incorrectamente alguna dosis de prevención contra el gusano del corazón, mi mascota puede infectarse con gusanos del corazón y debe volver a hacerse la prueba 6 meses después de la interrupción. Reconozco que no administrar la prevención contra el gusano del corazón exactamente según las indicaciones puede hacer que mi mascota dé positivo para gusano del corazón, y acepto todos los riesgos y la responsabilidad asociados con rechazar las pruebas y/o la prevención recomendadas.

Entiendo que el resultado negativo de la prueba del gusano del corazón de mi mascota es válido durante 30 días y que la prevención contra el gusano del corazón debe iniciarse o continuar dentro de ese plazo. Se requiere una prueba anual del gusano del corazón para comprar prevención contra el gusano del corazón a través de Animal Protection League y para ayudar a garantizar que la prevención sea eficaz. Entiendo que puedo obtener la prevención contra el gusano del corazón a través de Animal Protection League o de mi veterinario habitual/de mi consulta privada. Acepto no administrar prevención contra el gusano del corazón sin un resultado negativo vigente de la prueba del gusano del corazón y entiendo que no se dispensará prevención contra el gusano del corazón si mi mascota da positivo hoy. Además, entiendo que Animal Protection League no autoriza solicitudes de farmacias en línea de terceros ni proporciona recetas por escrito. Si decido obtener la prevención contra el gusano del corazón en otro lugar, Animal Protection League proporcionará una copia de los resultados de la prueba del gusano del corazón de mi mascota para mis archivos.

Según mi leal saber y entender, confirmo que mi mascota no presenta signos de enfermedad, salvo los indicados en el cuestionario sobre el estilo de vida, no es alérgica a las vacunas/los antiparasitarios y no está preñada. He leído y entiendo todas las disposiciones, así como las posibles reacciones, y he tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas que tengo sobre los riesgos asociados con los servicios recomendados hoy para mi mascota, según la conversación sobre el estilo de vida y los riesgos de mis mascotas. Acepto todos los riesgos de las vacunas/los antiparasitarios y asumo la responsabilidad legal y financiera de todos los cargos incurridos como resultado de dichos riesgos. Además, reconozco que Animal Protection League, ni ninguno de sus veterinarios, su director, su personal ni ninguna otra persona o entidad asociada con ella, asumirá responsabilidad legal o financiera por dichos riesgos, ni asumirá responsabilidad legal o financiera por ningún cargo o pérdida en que yo incurra. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para proceder con las vacunas, las pruebas y los tratamientos antiparasitarios recomendados para mi(s) mascota(s).

Firma del cliente: _____ Fecha: _____