Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en calidad de propietario del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de raza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, especie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con número de historia clínica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en forma voluntaria consiento en que el personal Médico Veterinario de la Clínica proceda con: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se me ha explicado de manera clara, verbal y completa que los resultados esperados pueden variar, pues la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que siendo un organismo vivo puede modificar su respuesta. El personal Médico Veterinario tratante dispondrá de los recursos que posean la Institución y aquellos que límite el propietario desde la perspectiva económica, para lograr los mejores resultados, buscando corregir la enfermedad por la cual consultó mi mascota.

Entiendo que durante el periodo de hospitalización se pueden presentar complicaciones potencialmente serias que pueden llegar a requerir tratamientos adicionales, tanto médicos como quirúrgicos, exonerando civil y penalmente al Médico Veterinario, por posibles complicaciones o fallecimiento del paciente, bien sea por el procedimiento, la anestesia o descompensación del paciente.

Se me ha informado que son necesarios los exámenes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Los cuales SI \_\_\_NO \_\_\_ acepto y asumo las consecuencias de la decisión. Autorizo que se tomen fotografías o videos para presentar el caso como parte de investigaciones científicas y actividades docentes, bajo la reserva del nombre del propietario.

Como propietario, entiendo las condiciones y objetivos de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_que se va a practicar en mi mascota, los cuidados que debo tener con él, antes y después del mismo. Estoy conforme con la información que he recibido por parte del médico (a) tratante, quien se ha expresado en un lenguaje claro y sencillo y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas puntuales que se me puedan presentar. Comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conlleva el procedimiento que acá autorizo.

Me obligo con la Clínica Veterinaria a cancelar la totalidad del monto generado por concepto de medicamentos, cirugía, hospitalización y demás gastos necesarios para la recuperación de mi mascota. Entiendo que si transcurridos \_\_\_\_\_días de la notificación de alta, sin que sea pagada la cuenta o retirado el paciente, se considerará abandonado y la Clínica podrá disponer de él como bien considere, entregarlo a una Asociación Defensora o Centro de Zoonosis Municipal. Declaro haber leído, entendido y aceptado la información de este documento junto con la hoja anexa. De igual manera y con la firma de este documento estoy de acuerdo con los costos de los servicios aquí prestados.

|  |  |
| --- | --- |
| Costo total | $ |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Propietario Firma del Médico tratante

C.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ T. P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad y fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_