



## Consentimiento para Tratamiento y/o Admisión

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Nombre de la Mascota: \_\_\_\_\_  
Cliente ID: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Yo, el dueño, agente autorizado del dueño o Buen Samaritano que suscribe, responsable por buscar atención veterinaria por la mascota identificada arriba, certifico que tengo/no tengo (colocar un círculo alrededor de uno) más de dieciocho años de edad, y que por el presente consiento al examen de esta mascota por veterinarios de plantel en esta práctica veterinaria. También acepto que después de consultar conmigo, los médicos del hospital receten medicamentos para, traten, hospitalicen, seden, anestésien y/o realicen cirugía en este animal. Entiendo que siempre existen algunos riesgos con la anestesia y/o cirugía y que se me incentiva a que converse sobre cualquier inquietud que pudiera tener sobre dichos riesgos con el veterinario tratante antes de que se inicie el procedimiento. Si se requiriera algún tipo de atención de emergencia imprevista para salvar la vida del animal, y el veterinario tratante no pudiera comunicarse conmigo, el personal de esta práctica cuenta con mi permiso para proporcionar dicho tratamiento y acepto pagar por todos los cargos correspondientes. Acepto que la medicina veterinaria es una ciencia inexacta y que no se han dado garantías de tratamiento exitoso.

Si mi mascota llegaran morir mientras esta hospitalizada yo como dueño asumo la responsabilidad de informar al hospital que hacer con mi mascota. Tendre que informar al hospital en no mas de 3 días, si no el hospital lo mandaría a cremación sin las cenizas. Y yo sere responsable por esos cargos.

Yo entiendo que me tengo que quedar ó mantener en el estacionamiento de Trenton Plaza cuando mi mascota esta siendo examinado. Hay un cargo de \$45 de hospitalización si el cliente se va del estacionamiento mientras el paciente esta siendo examinado.

Asimismo, acepto que yo, o un agente autorizado por mí designado, recogerá a esta mascota y pagará por todos los cargos acumulados dentro de los cinco días de haber recibido notificación oral o escrita de que este animal está listo para su alta del hospital. Dicha notificación será dada a la dirección que figura en el registro del paciente/cliente del hospital. Acepto que, si dejo de cumplir con esta política, esta práctica puede tomar medidas en el mejor interés de la mascota y el hospital, y aún seré responsable por todos los cargos incurridos.

\_\_\_\_\_  
Firma del dueño o agente autorizado

\_\_\_\_\_  
Fechar