

Acta de Consentimiento Quirúrgico

Fecha:Hora:

Nombre de la Mascota:

Color:

Especie: CH/ FH/ CM/ FM/ Raza :

Número de Tatuaje:

Edad:

Peso:kg.....

Datos del Propietario

Nombre y Apellido:

Domicilio:

D.N.I.:

- Declaro que el Médico Veterinario de los Caniles Municipales de la Ciudad de Vila Carlos Paz ha procedido a informarme que debido a lo expresado en la ordenanza 6369 sobre control poblacional animal es conveniente realizar una Intervención quirúrgica a fin de salvaguardar y mejorar la calidad de vida del animal.
- El objetivo central de la cirugía consiste en OVARIO HISTERECTOMIA/ ORQUIECTOMIA. Se me comunicaron y aclararon todos los Riesgos e implicancias de una anestesia general, toda intervención quirúrgica tanto la propia técnico operatoria, como la situación vital de cada animal a tratar lleva implícita, una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, así como un porcentaje de mortalidad , la intervención quirúrgica precisa de anestesia general.
- Si en el momento de la cirugía surgiera algún imprevisto, podrían los Veterinarios variar las técnicas quirúrgicas programadas.
- He leído detenidamente este consentimiento el cual me fue facilitado en un lenguaje claro y sencillo. Asimismo, el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. Por ello, manifiesto estar satisfecho con la información recibida comprendiendo el alcance y los riesgos de la intervención quirúrgica, entendiendo que mediante la misma no se me asegura resultado alguno. En tales condiciones: **CONSIENTO Y MANIFIESTO MI CONFORMIDAD PARA QUE SE REALICE LA CIRUGIA DE MI MASCOTA.**

Firma:

Aclaración:

D.N.I: