

**CERTIFICADO DE AUTORIZACIÓN QUIRÚRGICA****N°**

El propietario del paciente quirúrgico reconoce como correctos los siguientes datos identificatorios:

**DATOS DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE:**

Nombre: \_\_\_\_\_ BARRIO: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ DISTRITO/NORTE/SUR/ESTE/OESTE/CENTRO

Mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ANIMAL (PACIENTE QUIRURGICO):** NOMBRE: \_\_\_\_\_

Canino – Felino Macho - Hembra PEQUEÑO/MEDIANO/GRANDE

Raza: SI/NO CUAL \_\_\_\_\_ Edad: Año Meses Peso: \_\_\_\_\_

FECHA NAC: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_

El propietario autoriza al médico veterinario y a su equipo profesional a que se intervenga quirúrgicamente a su animal.

**DATOS DEL VETERINARIO PROFESIONAL (responsable de la cirugía):** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Legajo: \_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_

El propietario otorga el consentimiento y autoriza al médico veterinario citado en el párrafo anterior, dejando constancia de:

Haber tomado conocimiento de la cirugía que se realizara a su animal , quedando satisfactoriamente informado de los pormenores de esta, en lo que concierne a su pre, intra, y post operatorio, así como los objetivos médicos veterinarios perseguidos , ya sean terapéuticos y/ o exploratorios.  
 Haber tomado conocimiento de las complicaciones y/o accidentes que pudieran acontecer en el pre, intra y postoperatorio, inmediato o tardío.  
 Haber autorizado al cirujano a modificar la conducta quirúrgica preestablecida e informada, cuando mediaren razones médico-quirúrgicas, con el objeto de preservar la vida y/o salud futura del paciente quirúrgico.  
 Haber tomado conocimiento del tipo de anestesia a utilizar, así como el riesgo y eventuales complicaciones de esta.

El propietario, con su firma, aclaración y documento, certifica haber leído, comprendido y aceptado todo lo expuesto en el presente certificado.

Toma alguna medicación: \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

Padece alguna enfermedad: \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

Por el presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento propuesto y me he ofrecido a contestar cualquier pregunta.

N° de tatuaje: \_\_\_\_\_

Lugar, fecha y hora: \_\_\_\_\_

Cirugía: SI – NO En caso de marcar NO indicar motivo: \_\_\_\_\_

SELLO

Firma y sello del veterinario actuante