

Forma de liberación médica /quirúrgica Gato

Nombre del dueño _____
Dirección de casa _____ **Código postal** _____
Teléfono _____
Dirección de correo electrónico: _____

¿Qué número podemos alcanzar hoy?

El día de hoy: _____

Información de Contacto en caso de Emergencia: Nombre: _____

Número de teléfono: _____

¿Cómo se enteró de SAFE Haven for Cats? _____

Información animal:

Nombre: _____ Descripción del gato: _____
 Edad (si se conoce): _____ ¿Cuándo comió tu gato por última vez? _____
 Fecha de la última vacuna contra moquillo: _____ ¿Está tu gato en prevención de pulgas / garrapatas? ___ No ___ Sí aplica: _
 Fecha de la última vacuna contra la rabia: _____ ¿Tu gato está tomando algún medicamento? _____
 ¿Su gato tiene algún problema médico conocido? _____ ¿Está su gato solo en el interior? Al aire libre? Interior / al aire libre?

Por favor, lea cuidadosamente e inicie las siguientes afirmaciones:

- ___ Yo, actuando como propietario o agente del animal descrito anteriormente, solicito y autorizo a la Clínica de esterilización / castración felina de SAFE Care, a través del veterinario que designe, para realizar una operación de esterilización sexual del animal descrito en la parte anterior de este formulario .
- ___ Entiendo que la operación presenta algunos riesgos y que es posible que se produzcan lesiones o la muerte de dicho animal, ya que existe cierto riesgo en el procedimiento y el uso de anestésicos y medicamentos para brindar este servicio.
- ___ Certifico que mi animal ha sido vacunado dentro de un año antes de esta fecha O solicito vacunas recomendadas al momento de la cirugía. Entiendo que se necesitan hasta cuatro semanas para que las vacunas protejan a mi animal.
- ___ Entiendo que SAFE Care Feline Spay / Neuter Clinic tiene el derecho de rechazar cualquier servicio a cualquier animal para quien la cirugía se considere un riesgo para la salud.
- ___ Certifico que mi animal goza de buena salud y se le retuvo la comida según las instrucciones.
- ___ Entiendo que si mi animal está embarazada, el embarazo terminará en el momento de la cirugía.
- ___ Por la presente, libero a SAFE Care Feline Spay / Neuter Clinic, todos los veterinarios, asistentes, voluntarios, directores y empleados de todos y cada uno de los reclamos que surjan o estén relacionados con la realización de este procedimiento o cualquier reacción adversa de las vacunas. Acepto que no he reclamado ni reclamaré ningún derecho de compensación a los mismos, ni presentar acción en razón de dicha esterilización o intento de esterilización de dicho animal o cualquier consecuencia relacionada con el mismo.
- ___ Entiendo que los paneles de sangre prequirúrgicos no se ofrecen ni se realizan en SAFE Care.

Firmado _____ Fecha _____

Servicios incluidos (según sea necesario): Examen físico, esterilización con analgésicos, tatuajes (sólo mujeres), vacuna FVRCP, vacuna contra la rabia, adorno para uñas, limpieza de oídos y tratamiento de ácaros. **Paquete de \$ 65.00 (masculino) y \$75.00 (hembra). Todos los gatos recibirán una inyección postoperatoria (Onsior) para el dolor.**

Servicios adicionales: marque SÍ o NO para cada uno de los siguientes servicios.

Se aplican costos adicionales según lo indicado.

SÍ NORevolutionPlus® dosisúnica \$15
 SI NO..... Revolution Plus® 6 meses: .. \$ 90
 Tratamiento para pulgas, gusanos intestinales, gusanos del corazón, garrapatas y ácaros del oído.

SÍ NOPrueba de leucemia felina / FIV / Heartworm - \$ 20 La leucemia felina es altamente contagiosa y a menudo fatal. Recomendamos realizar pruebas para **TODOS** los gatos.

SÍ NOVacuna contra la Leucemia Felina - \$ 20 Recomendado para todos los gatos que salen

SÍ NO Medicación adicional para el dolor (2 dosis): \$ 7

SÍ NO..... Microchip - \$ 15

Proporciona identificación permanente. Se incluye el registro de por vida.

SÍ NO Oído izquierdo con punta - Sin cargo
Solo para gatos callejeros: proporciona una fácil identificación de los gatos que ya han sido esterilizados

SÍ NODrontal (desparasitación oral) - \$10

SÍ NO Profender (desparasitante tópico) - \$ 20

SÍ NO..Me gustaría hacer una donación para ayudar a otros gatos ser esterilizado o castrado \$ 85 ____ \$ 35 _____ Otro \$ _____

To be completed by SAFE Care staff:

Charges and Payment

Surgery Package..... _____

Voucher*: _____

Extras:

- Revolution Plus 1mo** _____
- Revolution Plus 6mo** _____
- Drontal dewormer** _____
- Profender dewormer** _____
- FeLV/FIV/HW Test**..... _____
- FeLV Vaccine** _____
- Pain Medication** _____
- Microchip** _____

TOTAL CHARGES _____

*Note: Vouchers do not include additional services.

Donation _____