

Spay and Neuter Surgery Center



Forma de Ingreso Felino

La Fecha: _____

Nombre del Cliente: _____
 Apellido del Cliente: _____
 Nombre de Mascota: _____

Historial de Vacunas para Mascotas	
¿Su mascota está al día con sus vacunas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO
Si no, ¿le gustaría recibir vacunas hoy?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO
Please select the vaccines you would like done today:	
<input type="checkbox"/> FVRCP: \$18.50	<input type="checkbox"/> Rabies: \$25.50
<input type="checkbox"/> FeLV: \$40	
*Esta vacuna solo se puede administrar si su gato tiene una prueba de FeLV negativa en las últimas 3 semanas o si puede mostrar prueba de haber recibido la	

¿Ha tenido a su gato durante al menos un mes?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO
¿Ha comido su mascota después de las 10 pm anoche?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO
¿Su gato gruñe o intenta morder cuando lo manipulan?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO
Por favor seleccione los siguientes elementos que también le gustaría haber hecho hoy:	
<input type="checkbox"/> Collar de Cono (para evitar lamer): \$16.39	<input type="checkbox"/> Microchip: \$20
<input type="checkbox"/> Medicación para Pulgas (Cheristin): \$16.39	<input type="checkbox"/> Tratamiento de Tenia: \$22.50
<input type="checkbox"/> Corte de uñas: gratis	
<input type="checkbox"/> FeLV / FIV Prueba: \$40	

Historia Clínica del Animal Doméstico (marque la casilla)	Si	NO	
En las últimas dos semanas, ¿ha tenido su mascota alguna de las siguientes: tos, estornudos, vómitos, diarrea, no comer o beber, cambiar de comportamiento?			En caso afirmativo, describa:
¿Se ha diagnosticado a su mascota alguna afección médica (soplo cardíaco, convulsiones, etc.)?			En caso afirmativo, describa:
¿Ha sufrido su mascota alguna lesión grave (golpeada por un automóvil, atacada por otro animal)?			En caso afirmativo, describa:
¿Su mascota ha tenido alguna cirugía antes?			En caso afirmativo, describa:
¿Ha tenido su mascota una reacción a las vacunas, medicamentos o anestesia?			En caso afirmativo, describa:
¿Está su mascota actualmente en algún medicamento?			Por favor, enumere:

Para Gatos Hembra (por favor complete las siguientes preguntas)			
¿Ha tenido su mascota algún bebé?			En caso afirmativo, cuando:
¿Cree que su mascota está embarazada?			Hace cuanto se apareó:
¿Su mascota ha tenido un ciclo de celo?			En caso afirmativo, cuando:

Me gustaría dejar una donación de \$___ para ayudar a los animals de acogida y otros programas en EBSPCA.

Autorización para Cirugía de Esterilización

Yo certifico que a mi conocimiento, el animal descrito aquí está en buena salud. Reconozco que todos los cuidados antes y después del procedimiento médico son mi responsabilidad. Acepto que seré financieramente responsable de cualquier tratamiento médico postoperatorio relacionado con este procedimiento o cualquier otro problema médico no relacionado de mi animal. **Iniciales**

Yo entiendo que hay riesgos médicos asociados con el procedimiento, incluyendo pero no limitados a la infección, hemorragia, reacción alérgica, reacción al anestésico, compromiso cardíaco inducido por la anestesia y muerte. Mantendré indemne al EBSPCA, sus ejecutivos, directores, veterinarios, técnicos, voluntarios y agentes de cualquier problema que experimente el animal como consecuencia del procedimiento o los factores de riesgo. **Iniciales**

Yo entiendo que el EBSPCA llevará a cabo un examen físico para la anestesia, pero no llevará a cabo un examen cardíaco exhaustivo u otras pruebas de diagnóstico. Entiendo que hay un mayor riesgo debido al hecho de que el EBSPCA no llevará a cabo extensas evaluaciones diagnósticas preoperatorios. Además, entiendo que puede haber riesgos adicionales si la mascota no está al día con las vacunas recomendadas. Este examen no sustituye a un examen regular realizado por su veterinario primario. **Iniciales**

Entiendo que para la salud y la seguridad de mi animal y de otros pacientes, se recomienda encarecidamente tener las vacunas de mi mascota al corriente. También entiendo que si mi mascota no está al corriente con las vacunas que puede haber riesgos adicionales para la salud de mi animal y que es mi responsabilidad financiera si cualquiera de esas cuestiones deben surgir. **Iniciales**

Yo entiendo que mi mascota va a recibir un tatuaje al lado de la herida. El tatuaje es aproximadamente 1-2cm largoy de color verde. **Iniciales**

Si durante el curso del tratamiento se detecta alguna otra condición médica que requiera atención o un procedimiento adicional, tal como una reparación de hernia, embarazo o la administración de líquidos intravenosos, el veterinario podrá, en su absoluta discreción, llevar a cabo dicho procedimiento. Los procedimientos adicionales pueden incluir, pero no limitado, a reparación de hernias, embarazo, manejo especial para animales agresivos, extracción de dientes de hoja caduca (bebé) o administración de líquidos por vía intravenosa. Si la hembra se encuentra embarazada, entiendo que el EBSPCA terminará el embarazo con un costo adicional. Doy consentimiento a estos procedimientos y acepto a pagar costos razonables adicionales si es necesario. **Iniciales**

Entiendo que si no recogo a mi mascota antes de las 5:00 pm el día de la cirugía, habrá un mínimo costo de \$50 adicionales por recogida tarde. **Iniciales**

Entiendo que si mi mascota no es recogida en el día asignado, la mascota podrá ser transferido a otro centro para alojamiento y se acumularán cargos de alojamiento. Si mi mascota es transferida al refugio, se incurrirá cargos adicionales por hospedaje. Entiendo que East Bay SPCA no cuenta con personal las 24 horas y que la mascota que se deja durante la noche estará desatendido y no será monitoreado para detectar posibles complicaciones, incluidas, entre otras: infección, hemorragia, reacción alérgica, reacción a medicamentos anestésicos, anestesia. compromiso cardíaco inducido o muerte. **Iniciales**

Yo, el firmante debajo, con las facultades mentales y edad legal para tomar decisiones sobre la mascota descrita, he leído y entiendo su contenido y autorizo al East Bay SPCA Spay Neuter Surgery Center (EBSPCA) anestesiar, esterilizar quirúrgicamente y proveer cualquier procedimiento, médico necesario al animal descrito.

Imprimir Nombre del Cliente

Firma

Fecha

Numero de Telefono

NO PROCEDA AL MENOS DE QUE EL VETERINARIO LE INSTRUCIONE

Cirugía con Mayor Riesgo _____

Reconozco que debido a la condición médica del animal identificado anteriormente, la cirugía realizada en el East Bay SPCA se considera una cirugía de mayor riesgo. El veterinario me ha informado, y entiendo plenamente, los posibles riesgos y complicaciones que podrían ocurrir debido a la condición descrito anteriormente. Yo entiendo que voy a tomar toda la responsabilidad financiera si mi animal experimenta alguna complicación debido a esta condición de alto riesgo. **Si la condición anterior requiere que mi animal necesite la transferencia a otro tratamiento u observación en un centro de Emergencia de 24 horas, voy a tomar toda la responsabilidad financiera para este tratamiento.** Firma: _____