

CERTIFICADO DE AUTORIZACION QUIRURGICA

El Sr. Propietario y/o Tenedor Responsable del paciente quirúrgico reconocen como correctos los siguientes datos identificatorios:

PROPIETARIO Y/O TENEDOR RESPONSABLE

Apellido y nombre _____ Doc. N° _____

Domicilio legal, calle _____ N° _____ Piso _____ Dto. _____ C.P. _____

Localidad _____ Pcia. _____ País _____ Teléfono _____

PACIENTE QUIRURGICO

Canino Felino Otros (especie) _____ nombre de la

Raza _____ Indefinida Edad _____ mascota

Sexo: Macho Hembra Castrado/a

Pelaje, color _____ largo mediano corto

1. El Sr. Propietario y/o Tenedor Responsable autoriza al médico veterinario y a su equipo profesional a que se intervenga quirúrgicamente a su animal.

2. Los datos del profesional veterinario responsable de la cirugía son los siguientes:

Apellido y nombre _____ M.P. (CPMV Ley 14072) _____

Domicilio profesional, calle _____ N° _____ Piso _____ Dto. _____ Tel. _____

Localidad _____ Pcia. _____ C.P. _____

El Sr. Propietario y/o Tenedor Responsable otorga el consentimiento y autoriza al médico veterinario citado en el párrafo precedente, dejando constancia de que:

- Haber tomado conocimiento de la cirugía que se le realizará a su animal quedando satisfactoriamente informado de los pormenores de la misma, en lo que concierne a su pre, intra y postoperatorio; 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 median razones médico quirúrgicas con el objeto de preservar la vida, la salud futura del paciente quirúrgico.

El Sr. Propietario y/o Tenedor Responsable y el Médico Veterinario, con sus firmas, aclaraciones y n° de documento, certifican, haber leído, comprendido y aceptado todo lo expuesto en la presente acta.

Firma del Propietario y/o Tenedor Responsable
y aclaración de puño y letra

Firma y sello del Profesional

y DNI

Fecha:.....