

AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Hora de procedimiento: _____

Médico tratante: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____

Color: _____ Especie: _____

Sexo: _____ Raza: _____

Microchip: _____ Fierro o marca: _____

Vacunación: _____ Desparasitación: _____

Paciente asegurado: SI _____ NO: _____ marca con una (X).

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: _____

Dirección: _____ CP: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Email: _____ Entrenador: _____

Hípico o rancho: _____ Teléfono: _____

Declaro que el médico veterinario zootecnista me ha explicado, claro y específico, que debido a la patología que presenta el paciente, por medio de una (orientación diagnóstica), es conveniente realizar un procedimiento dental para salvaguardar la calidad de vida del equino.

Asi mismo declaro estar enterado (a) y aceptando los siguientes terminos:

1. El procedimiento convenido es:_____.
2. Me comunicaron y aclararon todos los riesgos, implicaciones y complicaciones comunes y potencialmente serias, que podrian requerir de tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, asi como un porcentaje de mortalidad durante el procedimiento o derivado de ello.
3. El procedimiento dental requiere tranquilización general y en su caso puede requerir anestesia regional adicional, dependiendo del procedimiento que se realizará.
 - a. El paciente en mención puede presentar alguna respuesta alérgica (Hipersensibilidad) a los farmacos administrados, o puede ocurrir un accidente derivado del manejo del procedimiento en donde puede presentarse muerte o pérdida de la funcion zootecnica.
4. Si en el acto surgiera algun imprevisto o complicación, el médico veterinario a su buen saber y entender, podra variar la técnica quirúrgica programada de inicio, sin previo aviso derivado de la urgencia. Contemplando que son gastos extras del procedimiento que se deben cubrir por parte del propietario.
5. La administración de cualquier medicamento puede generar efectos alérgicos y/o anafilácticos pudiendo provocar la muerte del paciente, sin ser responsabilidad directa o indirecta del médico veterinario, por lo que en caso de urgencia, autorizo al personal médico realicen los actos médicos necesarios atendiendo al principio de prescripcion médica.
6. Los honorarios del procedimeinto dental han sido estipulados, pero podrian aumentar si surge alguna complicación del procedimiento.
_____ pesos mexicanos; Costo que acepto conocer y pagar incondicionalmente al firmar el documento.
7. Si aplica el caso, que derivado del procedimeinto dental lo requiera, después de que el paciente es dado de alta, la clínica o el médico veterinario no se responsabiliza por la integridad fisica del paciente, si se observa negligencia

en el cuidado post – operatorio, por parte del propietario, o cuidador a su cargo en el lugar de origen.

He leído detenidamente este consentimiento, el cual se me ha facilitado en lenguaje claro y sencillo. Por ello manifiesto estar satisfecho con la información recibida comprendiendo el alcance y los riesgos del procedimiento dental, entendiéndome mediante la misma que no se me asegura resultado alguno. En tales condiciones autorizo la realización de dicho procedimiento, exonerando total e incondicionalmente a _____ de toda y/o cualquier responsabilidad, pérdida de la función zootécnica o en caso de muerte del paciente en mención, durante el procedimiento o posterior a ello derivado de alguna complicación. Así mismo en caso de muerte o complicación del procedimiento, no demandaré bajo ninguna circunstancia al médico veterinario, hospital o personal implicado en el procedimiento, en juzgado Civil, Penal, Ambiental, ni tampoco en Fiscalía de investigación de delitos ambientales y en materia de protección urbana. Ni bajo el término de Delitos cometidos por actos de maltrato o crueldad animal en contra de animales no humanos provocándole la muerte. Deslindando de toda y total responsabilidad civil, administrativa, ambiental o penal.

Nombre del propietario:

_____ Firma: _____

Número de credencial INE: _____

Médico Veterinario Zootecnista:

_____ Firma: _____ Ced. Prof. _____

Nombre testigo: _____ Firma: _____