

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Hora de procedimiento: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Hipico o rancho: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Declaro que el médico veterinario zootecnista me ha explicado, claro y específico, que dada la patología que presenta el paciente por medio de una (orientación diagnóstica), es conveniente realizar una intervención quirúrgica para salvaguardar la calidad de vida o en su caso, la vida del animal, no humano.

**Así mismo declaro estar enterado (a) y aceptando los siguientes puntos:**

1. El procedimiento convenido

es: \_\_\_\_\_.

2. Me comunicaron y aclararon todos los riesgos, implicaciones y complicaciones comunes y potencialmente serias, que podrían requerir de

tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un porcentaje de mortalidad durante el procedimiento o derivado de ello.

3. La intervención quirúrgica, precisa de anestesia general o regional dependiendo del procedimiento y se realizará lo que considere el médico encargado de la cirugía.
4. Si en el acto quirúrgico surgiera algún imprevisto o complicación, el médico veterinario a su buen saber y entender podrá variar la técnica quirúrgica programada de inicio, sin previo aviso derivado de la urgencia.
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 prescripción médica.
6. Los honorarios de la intervención quirúrgica han sido estipulados, pero podrían aumentar si surge alguna complicación del procedimiento. \_\_\_\_\_ pesos mexicanos; Costo que acepto conocer y pagar incondicionalmente al firmar el documento.
7. Después de que el paciente es dado de alta, la clínica o el médico veterinario no se responsabiliza por la integridad física 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.
8. En caso de encontrar lesiones que son incompatibles con la vida y si no se encontrara al propietario del paciente antes mencionado, el Médico Veterinario, a su buen saber y entender, podrá realizar Eutanasia Humanitaria Forzosa. Para evitar el sufrimiento del animal no humano.

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 de la intervención quirúrgica, entendiéndome mediante la misma que no se me asegura resultado alguno. En tales condiciones autorizo la realización de dicha cirugía, 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 la cirugía o posterior al procedimiento 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 termino de Delitos cometidos por actos de maltrato o crueldad animal en contra de animales no humanos provocandole la muerte. Deslindado de toda y total responsabilidad civil, militar, administrativa, ambiental, laboral o penal.

**Nombre del propietario:**

\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Número de credencial INE: \_\_\_\_\_

**Medico Veterinario Zootecnista:**

\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Ced. Prof. \_\_\_\_\_

**Nombre testigo:** \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_