

**POR FAVOR AYUDA SPAY IT FORWARD**

\_\_\_\_\_ Si, Me gustaria donar a Spay It Forward.

Por favor añadir \$ \_\_\_\_\_ a mi cuenta.

\_\_\_\_\_ No, Me gustaria donar a Spay It Forward.



**Esterilizacion/Castracion Formulario de Admision Quirurgica Clinica**

**Informacion del propietario/paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de la Cirugia:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Primer Nombre:** \_\_\_\_\_

**Direccion:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_ **Codigo:** \_\_\_\_

**Celular durante el dia:** \_\_\_\_\_ **Correo electronico :** \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia Y telefono:** \_\_\_\_\_

**Nombre de mascota:** \_\_\_\_\_ **Raza:** \_\_\_\_\_ **Color:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Semanas** \_\_\_\_\_ **Meses** \_\_\_\_\_ **Ano** \_\_\_\_\_ **Marque uno:** \_\_\_\_\_ **Macho** \_\_\_\_\_ **Hembra**

**Prueba de la vacuna contra la rabia actualal :** \_\_\_\_\_ **Si** \_\_\_\_\_ **No**

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
=====

La Humane Society of Northeast Georgia (HSNEGA) utiliza personal calificado y materiales aprobados para todos los procedimientos realizados. Es importante que usted entienda que el riesgo de lesión o muerte, aunque extremadamente bajo, siempre está presente, al igual que para los humanos que se someten a una cirugía. **Lea atentamente y escriba sus iniciales antes de firmar su nombre.**

\_\_\_\_\_ Yo, actuando como dueño de la mascota mencionada anteriormente, solicito / autorizo a la Clínica de Esterilizacion/Castracion HSNEGA, a través de los veterinarios y asistentes que puedan designar, para realizar una cirugía para la esterilización sexual del animal identificado arriba

\_\_\_\_\_ Entiendo que la cirugía incluye riesgos inherentes hasta e incluyendo posibles lesiones o muerte de mi animal como resultado del procedimiento y el uso de anestésicos y medicamentos utilizados para brindar este servicio.

\_\_\_\_\_ Certifico que mi animal esta de buena salud y no ha comido (si tiene más de 4 meses de edad) desde las 12 a.m. de la medianoche de la noche anterior a la cirugía.

\_\_\_\_\_ Entiendo que HSNEGA Esterilizacion /Castracion Clinic no realizará un examen de salud completo en mi animal antes de que se realice la cirugía; sin embargo, también entiendo que HSNEGA tiene el derecho de rechazar animales para cirugía que considere poco saludables, agresivos y / o que supongan un riesgo para el personal o para otros animales.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si no recupero mi animal a la hora acordada de liberación, HSNEGA puede ejercer su derecho a entregar el animal al Control de Animales del Condado de Hall o se me cobrará una tarifa de embarque de hasta \$ 20 por noche.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si mi mascota está en celo, tiene criptorquidia (testículos no descendidos del todo), está embarazada o tiene piometra (infección uterina), habrá cargos adicionales por la cirugía más complicada. Yo autorizo este gasto adicional.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si mi mascota tiene una cantidad insalubre de pulgas, se le dará un Capstar. Yo autorizo este cargo adicional.

Entiendo que mi mascota recibirá un pequeño tatuaje en su parte inferior para demostrar que ha sido esterilizado.

Entiendo que HSNEGA está operando solo como una clínica quirúrgica y no puede proporcionar, o ser responsable por, cualquier complicación o problema postquirúrgico. Además, entiendo que HSNEGA no asumirá ninguna responsabilidad financiera por los costos post-quirúrgicos y que es mi responsabilidad proporcionar y pagar cualquier servicio de atención veterinaria que pueda surgir.

Por la presente, libero a la Clínica de Esterilización/Castración de HSNEGA, a los veterinarios, a los asistentes y a todos sus funcionarios, directores, empleados y voluntarios de cualquier reclamo que surja de o esté relacionado con el desempeño de esta cirugía o cualquier reacción adversa resultante de otros Procedimientos de bienestar. Estoy de acuerdo en que no reclamaré ningún derecho de compensación de HSNEGA ni presentaré una acción legal a causa de dicha esterilización o intento de esterilización de mi animal o las consecuencias que ello conlleve. El propietario / agente por la presente acuerda indemnizar y eximir de responsabilidad a HSNEGA por los daños causados durante el transporte del animal o por los daños causados por eventos imprevisibles, incluidos, entre otros, incendios, vandalismo, robo, accidente automovilístico o clima.

Entiendo que hay un mayor riesgo de complicaciones de la cirugía para mascotas mayores (más de 7 años). Certifico que mi mascota tiene menos de 7 años de edad o que ya me hicieron un análisis de sangre con HSNEGA antes de la cirugía.

Doy permiso a HSNEGA y sus representantes para que tomen fotografías / videos de mi mascota con diversos fines, incluidos, entre otros, la promoción. Entiendo que no recibiré ningún pago por estas fotografías y / o secuencias de video y no tengo derechos sobre ellas.

Yo, actuando como propietario de la mascota mencionada anteriormente, solicito y autorizo a HSNEGA Esterilización / Castración Clínica, a través de los veterinarios y asistentes que puedan designar, para que realicen o proporcionen los siguientes servicios adicionales para el animal identificado anteriormente. Autorizo el gasto adicional para lo siguiente:

<b>Perra mas de 75 lbs</b>	<b>\$100</b>	<b>Perro mas de 75 lbs</b>	<b>\$90</b>	<b>Gato</b>	<b>\$65</b>
<b>Perra menos de 75 lbs.</b>	<b>\$80</b>	<b>Perro menos de 75 lbs</b>	<b>\$70</b>	<b>Gata</b>	<b>\$65</b>

#### Perros

_____ Vacuna Contra la Rabia	\$12
_____ Vacuna de Distemper/Parvo	\$12
_____ Vacuna de Bordetella	\$12
_____ Prueba de sangre del Gusano del Coazon	\$20
_____ Pulga/Garrapata	\$15/\$45

#### Gatos

_____ Vacuna Contra la Rabia	\$12
_____ Vacuna de FVRCP (“distemper felino”)	\$12
_____ Vacuna Contra FeLV( Leucemia)	\$12
_____ FeLV/FIV prueba de sangre	\$25
_____ Pulga/Garrapata	\$20/\$45

#### Paquetes de Cirugia:

\_\_\_\_\_ Corte de Unas/E Collar \$15

#### Otros Servicios

_____ Microchip	\$20	_____ Reparacion de Hernia	\$30
_____ Corte de Unas	\$15	_____ E-Collar (Evitar lamer)	\$5
_____ Retiro de diente de bebe	\$15 cada uno	_____ Limpieza de Orejas	\$10
_____ Analisis de Sangre	\$40	_____ Desplume Oreja	\$10
_____ Criptorquida, 3er termino de embarazo, Piometra	\$50	_____ Limpieza de Orejas/Desplume Oreja	\$15
_____ En celo, 1 <sup>er</sup> termino de embarazo	\$20	_____ 2 <sup>do</sup> termino de embarazo	\$35

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Propietario O Agente Autorizado del Propietario)