

Cuestionario Médico

Fecha: _____

Información de la mascota:

Nombre de su **mascota**: _____**Circule uno:** Perro/ Gato Macho / Hembra Edad: _____

Raza: _____ Color(es): _____

Información de dueño:

Nombre completo: _____

Direccion: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Número telefónico(s): _____ Contacto alternativo: _____

(Estos números podrían ser usados en caso de una emergencia)

Correo Electronico: _____

Servicios Deseados:

(Su mascota debe de estar al día con todas sus vacunas, si no esta las tendra que recibir al tiempo de la cirugia)

PERRO

 Esterilizar/Castrar Vacuna: Rabia Vacuna: 5-en-1 (Moquillo, Adenovirus I & II,
Parainfluenza, Parvo) Vacuna: Bordetella (toscanina) Desparasitación Expresion de glandulas anales Corte de uñas Microchip (incluye registro) limpieza del oído

GATO

 Esterilizar/Castrar Vacuna: Rabia Vacuna: 4-en-1 (Rinotraqueitis Viral Felina,
Calicivirus, Panleukopenia, Chlamydia) Prueba de Leucemia felina Vacuna: Leucemia feline Desparasitación Expresion de glandulas anales Corte de uñas Microchip (incluye registro) limpieza del oído

Me gustaría hacer una donación para ayudar a salvar animales sin hogar en la cantidad de _____

Historial Médico:

Por favor, conteste todas las preguntas. Si no aplica a su mascota escriba N/A.

1. Cuándo fue la última vez que su mascota comió? _____
2. Si su mascota es *hembra*, cuando fue la última vez que estuvo en celo? _____
3. En los últimos 30 días su mascota a tenido niveles normales de energía, apetito, bebiendo agua, orina/defecación? **SI / NO**
4. En los últimos 30 días su mascota a tenido alguno de los siguientes?
SI / NO (Por favor marque) Tos, Estornudo, Vómito, Diarrea, Falta de apetito
Si si por favor explique _____
5. Marque si su mascota a tenido los siguientes:
SI / NO Cirugías previas
SI / NO Condición médica o enfermedad (ex. ataques, soplo en el corazón, parvo, etc.)
SI / NO Alergia a un medicamento o vacuna

Si marcó alguno de los siguientes porfavor

explique: _____

6. Cómo y cuando obtenio su mascota? _____

7. Tiene microchip su mascota? **SI / NO**

8. Hay alguna cosa que debemos saber sobre su mascota? _____

Formulario de consentimiento quirúrgico

Por este medio solicito y autorizo a los veterinarios de **The Animal Foundation's Public Spay and Neuter Clinic** para realizar anestesia y cirugía sobre mi animal doméstico. Entiendo que la anestesia implica el riesgo mínimo para mi animal doméstico, y el personal no será creído obligado o responsable de ninguna circunstancia en relación a este procedimiento. Entiendo y asumo todo riesgo.

Entiendo que **The Animal Foundation's Public Spay and Neuter Clinic** no proporciona trabajo de sangre preoperativo. Entiendo que se recomiendan análisis de sangre para detectar enfermedades subyacentes y evaluar la función de los órganos internos que puede verse comprometida durante la anestesia. Entiendo que pueden surgir complicaciones La Fundación Animal no es responsable de ningún tipo de compensación hacia mi mascotas cuidados

Si mi mascota está embarazada **el embarazo será terminado**. (Abra un cargo de \$30.00)

Las mascotas deben ser recogidos a las 6pm del día de la cirugía. Si no están recogidos en las primeras 72 horas, se mantendrá a la vivienda y se convertirán en propiedad de The Animal Foundation.

Por este medio no ago responsables a The Animal Foundation y todos sus empleados de cualquiera y todas las reclamaciones provenir o relacionadas con el rendimiento del procedimiento (s) seleccionado o cualquier reacción adversa de medicaciones y vacunaciones.

Estoy de acuerdo que no tengo y no reclamaré ningún derecho de la compensación de The Animal Foundation o acción de archivo por razones de tal esterilización o esterilización intentada de mi animal o ninguna consecuencia relacionada.

Por favor imprima su nombre: _____

Por favor firme: _____ Fecha: _____

**Para ayudar a los miles de animales sin hogar que llegan a The Animal Foundation cada año,
Me gustaría hacer una donación de: \$5 \$10 \$25 \$50 \$100 Otra cantidad: _____**