

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)
- Vacuna: Influenza
- Desparasitación
- Expresion de glandulas anales
- Corte de uñas
- Microchip (incluye registro)

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)

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.

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: _____**