



/ /

I ACTA DE AUTORIZACIÓN QUIRÚRGICA I

El/La que suscribe: DNI:
con domicilio en la calle:.....Nº:
de la localidad de: Partido de:
Teléfono: Propietario/a del:
Raza: Sexo: Edad:
Pelaje: Nombre:
Historia Clínica Nº:

Presta su conformidad y autoriza a:
y a quien esta designe, para intervenir quirúrgicamente al animal cuyos datos han sido especificados precedentemente, para realizar:,
y todo otro procedimiento intraquirúrgico, destinado a procurar salvaguardar la vida del animal y/o procurar mejorar y/o recuperar la salud del mismo.

Asimismo, deja constancia y acepta en forma irrevocable, que le han sido explicados y conoce los riesgos que implican para la vida del animal el sometimiento a dicho acto quirúrgico, los resultados esperados, las posibles complicaciones, así como eventuales secuelas derivadas de la sana práctica médica. A someterse a las indicaciones, tratamientos, y prácticas que los profesionales actuantes consideren convenientes. Liberar a los médicos veterinarios intervinientes y a sus ayudantes de toda responsabilidad a la práctica aludida.

A retirar al animal y sus pertenencias en los tiempos estipulados por los profesionales actuantes, no siendo así se libera a:
con más los gastos que correspondieran al exclusivo cargo y responsabilidad del abajo firmante.

Certifica con su firma que ha leído y comprendido la presente autorización, prestando consentimiento.

FIRMA DEL PROPIETARIO

ACLARACIÓN