



| ACTA DE AUTORIZACION PARA SEDACIÓN / ANESTESIA |

El/La que suscribe: DNI:
Con domicilio en la calle: N°:
De la localidad de: Partido de:
E-mail:
Teléfono: Propietario/a del:
Raza: Sexo: Edad: Pelaje:
Nombre: Historia Clínica N°:

Presta su conformidad y autoriza a:,
y a quien esta designe, para efectuar la sedación o anestesia que sea necesaria para poder
realizar las maniobras detalladas, al animal cuyos datos han sido especificados preceden-
tamente.

Detalle de las maniobras:
y todo otro procedimiento 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, los resultados esperados, las posibles com-
plicaciones, así como eventuales secuelas derivadas de la sana práctica médica. A someterse
a las indicaciones, tratamientos, y prácticas que los profesionales actuantes consideren con-
venientes. A retirar al animal y sus pertenencias en los tiempos estipulados por los profesio-
nales actuantes, no siendo así se libera a:

para disponer libremente de ellos, con mas 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 su con-
sentimiento.

FIRMA

ACLARACIÓN