

My Kids Have Paws Veterinary Clinic

706-671-1104

CAT SPAY/NEUTER SURGICAL INTAKE FORM

Ant _____

TTD _____

Melox _____

Lid _____

Intake _____

Input _____

Discharge _____

Cone? Yes _____ No _____ CID _____ PID _____

Fecha _____ Nombre y apellido del dueño _____ Numero de teléfono _____

Dirección (del casa) _____ Segundo teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Correo electrónico _____

Nombre del animal _____ Edad del animal _____ Anímale: Macho Hembra

Raza del animal _____ Color del animal _____ Anímale: Adentro Afuera

1) ¿Su gato ido al veterinario en los últimos 30 días?

No Si, por vacunas Si, por enfermedad/visita general _____

2) ¿Su gato ha tenido alguna cirugía previa (incluida esterilización o castración)?

No Si _____

3) ¿Su gato ha estado comiendo/bebiendo normalmente durante las últimas 2 semanas?

Si No _____

4) ¿Su gato a tomando algún medicamento actualmente, incluida la prevención del gusano del corazón, pulgas y garrapatas y algún suplemento, o ha recibido alguna inyección en los últimos 30 días?

No Si _____

5) ¿Su gato tiene algún problema de salud actual?

No Tos Estornudos Alergias vómitos Diarrea Letargo Reacción a la vacuna

Otros _____

6) ¿Su gato tenido una reacción a algún medicamento o vacuna?

No Si _____

7) ¿Si es hembra, cuando fue el último ciclo de celo de su gata? N/A Fecha _____

8) ¿Si es hembra, tu gata ha tenido gatitos alguna vez? N/A No Si, última fecha de camada _____

El costo incluye: anestesia, procedimiento de cirugía, inyección para el dolor que dura 24 horas, e-collar, y corte de uñas.

Los gatos salvajes son evaluados por el personal de MKHP. Debe venir en una lona salvaje y humana. El paquete Feral (\$60) incluye: punta para el oído, vacuna contra la rabia, dosis de Selamectin (Revolution o Senergy) desparasitante intestinal y corte de uñas.

Additional fees

____ General wellness exam (\$45)

Vaccine required for all pets undergoing surgery

____ Rabies 1 year (\$14)

____ Rabies 3 year (\$25) must have proof of unexpired vaccine

Proof of rabies ATTACHED (staff initials _____)

Pre-anesthetic bloodwork is recommended for pets 7+ years old or with underlying conditions (available in the Dalton location only)

____ CBC (\$40) ____ Comprehensive (\$80) ____ T4 (\$50)

____ VCheck heart disease test (\$40)

____ Boarding (\$15) Per weekday night

____ Transportation Fee (\$10) **Required for pets being transported**

*****Continuar atrás →**

*Staff requested records (if needed) _____

*Staff reviewed all services _____

- Yo, estando legalmente autorizado para tomar decisiones en nombre del animal descrito anteriormente, por la presente solicito a mis hijos tienen patas My Kids Have Paws (MKHPVC) para realizar una operación de esterilización y/o vacunar, prescribir y tartar con cualquier servicio que haya seleccionado. Yo por la presente libero para siempre MKHPVC y cada empleados y veterinarios de todos y cada uno responsabilidad por cualquier procedimiento quirúrgico y/o servicios realizados según mi solicitud.
- Que sepamos, el animal mencionado anteriormente goza de buena salud.
- Entiendo que la operación que seleccionado presenta algún riesgo y que es posible que se produzcan lesiones, infecciones, posoperatorias o la muerte de animal, ya que siempre existe algún riesgo involucrado en dichos procedimientos. Entiendo que se utilizara anestesia general durante toda la cirugía.
- Entiendo que se le realizara un examen previo a la cirugía a mi mascota cuando sea posible, pero que hay ocasiones en las que dicho examen solo se puede realizar después de que el animal este sedado o anestesiado.
- Entiendo que algunos factores aumentan significativamente el riesgo quirúrgico, incluidos, entre otros, al embarazo, al calor y a las enfermedades.
- Entiendo que si la mascota es un candidato quirúrgico aceptable, se realizaran procedimientos de esterilización independientemente del sexo y/o condición medica de la mascota, incluido, entra otros, el embarazo. Entiendo que si la mascota está embarazada, el embarazo se interrumpirá durante la cirugía.
- Entiendo los riesgos de no mantener a mi mascota al día con las vacunas y renuncio a todos los reclamos por cualquier enfermedad postoperatoria que mi mascota pueda contraer.
- Soy responsable del tratamiento a mi propio costo. Entiendo que si mi mascota tiene pulgas, se la administrara al animal un producto contra pulgas (que incluye, entre otros, Nitenpyram, Lufenuron, Revolution) acepto la tarifa de \$5-8 por este tratamiento. Entiendo que si el animal no es del género que se presentó inicialmente y el animal ya está bajo anestesia, la cirugía seguirá adelante por la seguridad del animal.
- Soy responsable de cualquier tarifa adicional asociada con el procedimiento.
- Entiendo que si he indicado que el gato traje as salvaje y el personal evalúa que no lo es, se me cobrara la tarifa regular de la cirugía, incluida la vacuna contra la rabia.
- Acepto que la fotografía de mi mascota pueda ser tomado y utilizada en las redes sociales u otros fines promocionales.
- Entiendo que MKHPVC tiene el derecho a negar un procedimiento por cualquier razón o para cualquier animal, incluido en situaciones que es un riesgo de salud de el animal. Sólo la veterinaria puede negar los servicios y procedimientos.
- Entiendo que MKHPVC tiene el derecho a negar un procedimiento por cualquier razón o para cualquier animal, incluido en situaciones que es un riesgo de salud de el animal. Sólo la veterinaria puede negar los servicios y procedimientos.
- Acepto no responsabilizar al veterinario participante ni a MKHPVC ante mí en ningún.
- **Tengo al menos 18 años de edad**, he leído este acuerdo detenidamente y en su totalidad y entiendo el contenido de este acuerdo. Firmo voluntariamente este acuerdo por mi propia voluntad. También entiendo las tarifas asociadas con los servicios que ha solicitado y acepto pagarlas en el momento del servicio a menos que se hagan otros arreglos con anticipación.

Firma x _____ **Fecha** _____

¿Alguna preocupaciones que tienes para que revisemos? Escribe aquí: _____

For clinic use only

Weight _____ Initials _____ Fluids if given _____ mLs. \$5 \$10 \$ _____

P# ____ / IH / PP Capstar / Lufenuron / Selamectin given.

Service Recommended	Owner Approved/Declined	Completed Initials	Price

Induction _____

Prep _____

Recover _____

Review _____

Release _____

*Intubated? N / Y, by

____ for _____

Notes for O: _____

Clinic notes: _____
