

# My Kids Have Paws Veterinary Clinic

**706-671-1104**

## CAT SPAY/NEUTER SURGICAL INTAKE FORM

Intake \_\_\_\_\_

Input \_\_\_\_\_

Discharge \_\_\_\_\_

Cone? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

CID \_\_\_\_\_

PID \_\_\_\_\_

TTD \_\_\_\_\_

Melox \_\_\_\_\_

Lid \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Esterilización (Castrada)	Esterilización (Castrado)
2-5lbs \$50	2-5lbs \$45
6-10lbs \$55	6-10lbs \$50
11-15lbs \$60	11-15lbs \$55
15lbs+ \$65	15lbs+ \$60

\*\*\*No hay tarifa por estar embarazada o en celo\*\*\*  
 \*\*\*Tarifa Adicional so a la mascota es criptorquidia, entre \$10 y \$50 por testículo\*\*\*

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

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 unas.

**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**

**Services for cat owners - Highly recommended items**  
**Check/Highlight all that are needed**

- \_\_\_\_\_ FVRCP/FelV combo vaccine (\$25)
- \_\_\_\_\_ FVRCP vaccine (\$14)
- \_\_\_\_\_ FelV vaccine (\$20)
- \_\_\_\_\_ Feline triple test (\$35) (FelV/FIV/HW)
- \_\_\_\_\_ Advantage Multi (\$22) Topical 1 month repelling fleas, ear mites, roundworms, hookworms, and heartworms
- \_\_\_\_\_ Advantage Multi Dose (\$10-\$20) Topical
- \_\_\_\_\_ Bravecto (\$57) Topical 3 month flea/tick prevention
- \_\_\_\_\_ Credelio (\$19-20) Tablet 1 month flea/tick prevention
- \_\_\_\_\_ Nexgard Combo (\$26-29) Topical 1 month flea/tick/heartworm prevention + full intestinal parasite dewormer
- \_\_\_\_\_ Selamectin (\$5) (**ie: Revolution or Senergy**) Topical 1 month flea prevention, in house dose
- \_\_\_\_\_ Revolution PLUS Topical (\$22) 1 month flea/tick prevention
- \_\_\_\_\_ Intestinal parasite deworming (\$10-18) (P: \_\_\_\_\_ S: \_\_\_\_\_)
- \_\_\_\_\_ Microchip (\$15) (**REQUIRES EMAIL ADDRESS**)
- \_\_\_\_\_ Bitter Apple Spray (\$16) Helps keep pets from licking incision
- \_\_\_\_\_ Ear tip (recommended for feral, stray, outdoor cats)  
 Approved / Declined (staff initials \_\_\_\_\_)

**\*\*\*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 empleado 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:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_