



**COLEGIO DE MÉDICOS VETERINARIOS Y ZOOTECNISTAS
COCHABAMBA - BOLIVIA N° 000254**



CERTIFICADO DE AUTORIZACIÓN QUIRÚRGICA

El propietario del paciente quirúrgico reconoce como correctos los siguientes datos de identificación:

PROPIETARIO RESPONSABLE:

Por la presente, el(la) Señor(a): mayor de edad
 Tipo y N° de documento: Teléfono:
 Domicilio:

MÉDICO VETERINARIO RESPONSABLE:

Nombre y Apellidos: Matrícula Profesional:
 Nombre del Establecimiento Veterinario:

PACIENTE QUIRÚRGICO:

Especie: Raza: Sexo:
 Edad: Color: Nombre:
 Cirugía a realizar:

El Propietario y/o tenedor responsable de acuerdo al Art. 453 de Código de Ejercicio Profesional en el párrafo precedente, dejando constancia de:

Tengo pleno conocimiento de la cirugía a realizar a mi animal, quedando satisfactoriamente informado de los pormenores de la misma, en lo que concierne al pre, intra y post operatorio, así como los objetivos terapéuticos y/o exploratorios.

Estoy conciente de posibles reacciones secundarias no previstas a cualquier fármaco y líquidos administrados, con posible repercusión cardiaca, pulmonar, hepática, renal y/o del sistema nervioso.

Conozco y acepto el riesgo que supone todo acto quirúrgico que se realice bajo anestesia general así como las posibles complicaciones que pudiera surgir en el desarrollo de la misma.

El Médico Veterinario y el Establecimiento Veterinario se responsabiliza por posibles reacciones alérgicas o anafilácticas que el paciente pueda presentar antes, durante o después de la cirugía, así como infecciones post quirúrgicas y/o sangrados imprevistos.

Autorizo al Médico Veterinario a realizar la conducta quirúrgica pre - establecida e informada, cuando sugieren razones médico quirúrgicas.

Autorizo al Médico Veterinario a administrar fármacos pre-anestésicos a mi mascota en caso de aceptar, deslindo responsabilidades al Médico Veterinario.

Así mismo, dejo 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, las posibles complicaciones, así como eventuales secuelas derivadas de la sana práctica médica.

Acepto realizar y/o gestionar todas las indicaciones, tratamientos y prácticas que los profesionales actuantes consideren convenientes.

En conocimiento de toda la información brindada por el Médico Veterinario, autorizo la realización de los procedimientos necesarios para la cirugía, puesto que se me ha informado a cabalidad todos los riesgos y complicaciones que pueden ocurrir.

El propietario con su firma certifica haber leído y comprendido todo lo expuesto en el presente certificado, presentando su consentimiento.

Cochabamba, de de 20.....

.....
 Firma Propietario

.....
 Firma del Veterinario

Sello
 COMVETCO

.....
 Aclaración de puño y letra de su firma: