Por medio de la presente, yo **cnombredueño** mayor de edad, de nacionalidad **cnacionalidaddueño** y domiciliado en **cdomiciliodueño**, ECUADOR.

Autorizo a la **Veterinaria DELFICAR, MEDICOS VETERINARIOS ZOOTECNISTA**, para que hospitalice a mi mascota, que responde al nombre de **cnombremascota** con **cedadmascota** edad y raza **crazamascota**.

La cual padece de **cenfermedadmascota**.

Además, autorizo para que por todos los medios que estén a su alcance, traten a mi mascota hasta su total recuperación.

Si es necesario, (SI) (NO) autorizo a que se realicen los exámenes complementarios que sean necesarios para un diagnóstico más completo, e instaurar la terapia más adecuada según el caso, cuyos costos serán anexados a la cuenta a mi cargo.

De antemano aclaro que he sido previamente informado(a) en forma clara del pronóstico, de los riesgos y cuidados posteriores del paciente, para su total recuperación.

De igual forma dejo un abono de US **cabono.** Y me comprometo a cancelar el valor total por los servicios y medicamentos utilizados en mi mascota, independiente del desenlace final del paciente (recuperación o muerte)

Se firma la presente en GUAYAQUIL a los **cdías** días del mes de **cmes** del **caño**

EL PROPIETARIO(A) **cnombredueño** C.I. **cceduladueño**

Profesional: