



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA/ SEDACIÓN

Nombre del dueño: Michael Ray Del Rosario Lozano

Teléfono: 927110355

Nombre de la mascota: Mixta

Especie: Edad: 2 meses

Procedimiento anestésico a realizar:.....

Autorización y Notificación de riesgos:

Yo autorizo al **MV.** _____ con número de colegiatura _____ a realizar el procedimiento anestésico a mi mascota. La naturaleza y riesgos de este procedimiento me han sido explicados. Yo entiendo que siempre existen riesgos con la anestesia y se me ha informado y permitido consultar sobre todas las dudas relacionadas a los riesgos con el médico veterinario antes de que el procedimiento haya iniciado. Mi firma en esta autorización indica que cualquier pregunta ha sido resuelta con satisfacción.

Yo autorizo al Médico Veterinario antes mencionado a realizar cualquier procedimiento necesario en caso ocurriera una complicación médica, quirúrgica o en todo caso algún evento desafortunado. Entiendo que existen complicaciones muy raras asociadas a la anestesia. No se me ha brindado ninguna garantía de que aun realizando los procedimientos de emergencia estos sean exitosos.

Yo entiendo en su totalidad los riesgos y comprendo que el médico veterinario intentara minimizar los riesgos mencionados. Me comprometo a no entablar querrela judicial, reclamo ni difamación contra el Médico Veterinario y la Clínica Veterinaria Gatuario.

COMO RESPONSABLE DE LA MASCOTA ASEGURO QUE EL PACIENTE ESTA EN AYUNAS Y CUENTA CON EXAMENES PRE ANESTESICOS ACTUALES.

HE LEIDO Y COMPRENDIDO EN SU TOTALIDAD LA AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Ray Del Rosario

75283536

Firma del dueño y DNI

Lima 09 de Junio del 2022