



PROGRAMA DE ESTERILIZACIÓN

ANIMAL RECOGIDO POR IMUSA

Datos del responsable

Apellido y nombre:

Domicilio: Tel:

Documento de Identidad:

Barrio: Distrito:

Reseña identificatoria del animal

Especie: Sexo:

Edad: Pelaje - Color:

Raza: Tamaño:

Señas particulares: Nombre:

Observaciones:

Autorización:

Autorizo al Instituto Municipal de Salud Animal (IMuSA) a practicar la intervención quirúrgica correspondiente. Dejo constancia que me he informado de los riesgos inherentes (edad avanzada, estado nutricional, enfermedades ocultas) a la anestesia y al acto quirúrgico en sí, así como de las posibles secuelas que puedan originarse. Firmo la presente y doy conformidad para la intervención:

Firma: Aclaración:

Fecha: Hora:

Nombre de quien entrega el animal:

Egreso

Fecha: Hora:

Firma del responsable del animal:

Estado sanitario al egreso:

Firma del veterinario:

MEDICAMENTO INYECTABLES GENERALES		Cantidad consumida (ml)
Acepromacina		
Triancinolona		
Atropina		
Dexametasona		
Diazepan		
Antibiótico (iny)		
Doxapram		
Coagulante		
Ivermectina		
Complejo Vit. B		
Mezcla (keta-Diazep.) 2+1		
Dipirona		

MEDICAMENTO INYECTABLES TRAZABLES		Cantidad consumida (ml)	
	Prequirúrgico	Inducción	Quirófano
Ketamina			

OBSERVACIONES:

Veterinario:.....

Firma del Veterinario: