



**Clínica de Esterilización/Castración del Departamento de Animales  
del Condado/Ciudad de Riverside**

**Historial del Paciente y Consentimiento Para Cirugía**

Nombre del Cliente:		Nombre de la Mascota:	
<input type="checkbox"/> Perro	<input type="checkbox"/> Gato	<input type="checkbox"/> Otro	Edad:
Sexo: <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra		Raza:	
Indique cuales síntomas tiene su mascota:			
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Aumento de Sed/Orina	
<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> Falta de Apetito	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	
<input type="checkbox"/> Toz	<input type="checkbox"/> Cojea	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón	
<input type="checkbox"/> Se Atraganta	<input type="checkbox"/> Perdida de Balance	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado	
<input type="checkbox"/> Estornudos	<input type="checkbox"/> Comezón	<input type="checkbox"/> Medicamento a Largo Plazo	
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Sacude la Cabeza	<input type="checkbox"/> Pulgas, Garrapatas, Lombrices	
1. Su mascota es:	<input type="checkbox"/> de interior	<input type="checkbox"/> al aire libre	<input type="checkbox"/> ambos
2. A llevado a su mascota a revisar a algún otro lugar?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Problemas:
3. Su mascota está tomando medicamento?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Cuáles?
4. Tiene su mascota alergias a algún medicamento?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Cual?
5. Ha tenido su mascota reacciones a alguna vacuna?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Cual?
6. Ha tenido su mascota alguna enfermedad o lastimadura en el pasado?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Explique:
7. Tiene su mascota algún bulto nuevo o inusual?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Donde?
8. Su mascota (hembra) ha tenido cría/estado en celo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Cuando?
9. Cuando fue la última vez que alimento a su mascota?			
10. Ha estado su mascota bajo anestesia anteriormente? Si respondió si, hubo algún problema relacionado al procedimiento quirúrgico (convulsiones, diarrea, vomito, complicaciones con la anestesia, etc.)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Cuando? Por qué?
<p>_____ Entiendo que hay riesgos médicos asociados con el procedimiento, incluyendo pero no limitados a: infección, reacción alérgica, reacción a la anestesia, problemas cardiacos relacionados con la anestesia, hemorragia, y muerte.</p> <p>_____ Entiendo que el Departamento de Servicios a los Animales (DAS) realizara un examen físico pero no realizara un examen cardiaco, diagnostico, o de sangre antes del procedimiento.</p> <p>_____ Entiendo que como el Departamento de Servicio a los Animales (DAS) no realiza evaluaciones diagnosticas antes de la cirugía, es posible que mi mascota pueda tener alguna condición médica no diagnosticada que puede resultar en complicaciones durante o después de la anestesia/cirugía.</p> <p>_____ Reconozco que si mi mascota tiene alguna condición que no ha sido diagnosticada hasta la fecha con exámenes diagnósticos, y si durante el curso de la operación o procedimiento se presenta una circunstancia imprevista, yo seré responsable de cualquier gasto/cobro adicional.</p>			
_____		_____	
Firma		Fecha	
Números de teléfono en los cuales nos podamos comunicar con usted hoy:			
Casa: _____	Trabajo: _____	Celular: _____	