

Citizens for Animal Protection (CAP) 17555 Katy Fwy, Houston, TX 77094

*** 281-600-8500 ***

www.cap4pets.org

The Cornelius Clinic

Formulario de consentimiento de vacunación y microchip

Las donaciones son bienvenidas. Se agradece su apoyo. \$ _____

Imprimir nombre: _____ Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Nombre de la mascota Perro o raza de gato Color Edad Sexo Esterilizado / Castrado Peso

¿Nuevo cliente? ___ ¿Cliente que regresa? ___ ¿Adoptaste a tu mascota de CAP? SÍ / NO

****** Por favor, coloque el historial de vacunación de su mascota o la documentación de adopción, si lo tiene, con este formulario.**

Por favor, lea lo siguiente, inicial al lado de cada uno y firme a continuación.

___ Entiendo que la Clínica Cornelius solo ofrece servicios de vacunación y prevención y no ofrece servicios completos de clínica veterinaria u hospital. Los servicios de bienestar incluyen, entre otros: un examen preventivo de salud, vacunas, prueba de parásito del corazón, prueba combinada de leucemia felina / FIV y prevención de pulgas / gusanos del corazón.

___ Entiendo que para la protección y el bienestar de mi mascota y el personal y los voluntarios de The Cornelius Clinic, CAP se reserva el derecho de negarse a ver a mi mascota u ofrecer servicios de bienestar basados en el temperamento o el estado de salud de mi mascota en cualquier momento.

___ Entiendo que al llevar a mi mascota a un entorno como The Cornelius Clinic, mi mascota puede estar expuesta a ciertas enfermedades contagiosas. No responsabilizaré a The Cornelius Clinic ni a ninguno de sus empleados o voluntarios por ninguna enfermedad que mi mascota tenga o pueda desarrollar en el futuro.

___ Entiendo que la vacunación de mi mascota reducirá sustancialmente, pero puede que no elimine por completo, las posibilidades de que mi mascota contraiga la enfermedad o las enfermedades contra las que se vacunó.

___ Entiendo que existe el riesgo de que mi mascota pueda desarrollar anorexia, letargo o fiebre, y / o dolor dentro de unas pocas horas después de las vacunas y que estos síntomas pueden durar hasta 24 horas. Entiendo que si mi mascota desarrolla reacciones graves o imprevistas, como urticaria, picazón en la cara o las orejas, vómitos con o sin diarrea o dificultad respiratoria, me pondré en contacto con un hospital o clínica veterinaria de emergencia de servicio completo para recibir atención inmediata a mi cargo. CAP, su personal y voluntarios no son responsables de ninguna reacción adversa o gasto causado por la visita de mi mascota a la Clínica de Vacunación CAP. INFORME AL TÉCNICO SI SU MASCOTA HA TENIDO REACCIONES PREVIAS A LAS VACUNAS.

___ Entiendo que si tengo a mi mascota con microchip, existe un ligero riesgo de infección en el sitio de inyección y CAP, su personal o voluntarios no son responsables de ninguna complicación resultante del microchip. Todo el personal que administra los microchips ha sido capacitado en la correcta administración de este procedimiento.

___ Verifico que soy el dueño legal del animal llamado bove y estoy legalmente calificado para autorizar a CAP a realizar los servicios que he solicitado.

___ Entiendo que las mascotas díscolas pueden incurrir en cargos adicionales o que se les niegue el servicio

___ CAP ocasionalmente ayuda con los externos en el campo veterinario. Doy mi consentimiento para que mi mascota sea examinada por un estudiante de veterinaria de 4° año bajo la supervisión del veterinario asistente.

PATIENT HISTORY

¿El paciente ha mostrado algún cambio de actitud o comportamiento? Sí/No Por favor, explíquelo. _____

¿Alguna vez el paciente ha tenido convulsiones? Sí/No Por favor, explíquelo. _____

¿El paciente ha estado picando? Sí/No Por favor, explíquelo. _____

¿Su paciente ha sido microchipado? Sí/No Si es así, ¿se ha registrado el microchip? _____

¿El paciente está en prevención de pulgas? Sí/No Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? _____

¿El paciente está en prevención del gusano del corazón? Sí/No Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? _____

¿Se ha realizado la prueba del paciente para detectar parásitos del corazón? Sí/No Si es así, ¿cuándo? _____

¿El paciente ha estado expuesto a garrapatas? Sí/No Por favor, explíquelo. _____

¿El paciente ha tenido alguna enfermedad, accidente o cirugía previa? Sí/No Por favor, explíquelo. _____

¿Es el paciente agresivo o temeroso alrededor de extraños? Sí/No Por favor, explíquelo. _____

Aparte de los gusanos del corazón, los preventivos de pulgas y garrapatas, ¿se le administra al paciente algún otro medicamento? Sí/No Por favor explique.

¿El paciente tiene alguna alergia conocida a algún medicamento? Sí/No En caso afirmativo, por favor enumere:

¿Alguna vez un paciente ha tenido una reacción a alguna vacuna? Sí/No En caso afirmativo, por favor enumere y explique a continuación:

Verifico que soy el propietario legal del animal mencionado anteriormente y estoy legalmente calificado para autorizar a The Cornelius Clinic a realizar los servicios que he solicitado.

Owners Signature _____ Date _____