

Allbrick Veterinary Clinic, L.L.C.
8700 Zuni Street
Denver, CO 80260
(303) 429-1400

FORMA DE LIBERACIÓN QUIRÚRGICA Y DENTAL

Este formulario aplica para:

Allbrick veterinary Clinic, L.L.C.

Mile High Veterinary Surgical Specialists

Hereafter referred to as MHVSS

Por la presente consiente y autoriza a los médicos de Allbrick clínica veterinaria L.L.C. y VSRS a

my pet _____

Por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Cualquier tos, estornudos, vómitos o diarrea durante la semana pasada? Si ___ No ___

¿Cuándo fue la última vez que su mascota fue alimentada? _____

¿Tu mascota ha estado enfermo o lesionado en los últimos treinta 30 días? Si ___ No ___

(En caso afirmativo, favor de traer a la atención de la administración personal de la recepción)

¿Su mascota es alérgica a algún medicamento? Si ___ No ___

Si responde sí, indíquelos: _____

_____ Yo entiendo que si mi mascota está en para una limpieza dental y pulido, se extraerán dientes sueltos o descompuestos y será responsables por un costo de \$7.00 por diente, no debe exceder \$28 aún cuando más de cuatro (4) dientes.

_____ A sabiendas y voluntariamente libero los médicos, empleados y voluntarios de Allbrick clínica veterinaria L.L.C. y VSRS para cualquier lesiones, incluyendo muerte o escape, con respecto a mi mascota mientras está en bajo la custodia de Allbrick clínica veterinaria L.L.C. y MHVSS.

_____ Me doy cuenta de que allí no es ninguna garantía en cuanto a los resultados de esta cirugía y aceptar la posibilidad de los siguientes riesgos, que no se limitan a: : infecciones, sangrado, muerte y otras complicaciones quirúrgicas y post quirúrgicas que puedan surgir. No se mantenga a los doctores de Allbrick clínica veterinaria L.L.C. y MHVSS responsable en modo alguno para para el resultado de esta cirugía o procedimiento dental.

_____ Al firmar este documento, reconozco que he leído su contenido y entenderlos. Además reconozco que soy por lo menos 18 años de edad y que libre y voluntariamente firmé esto forma de liberación.

_____ Si le gustaría recibir tratamiento del dolor para su mascota después del procedimiento por un período típico de 4 cuatro días por un costo adicional, por favor compruebe la respuesta apropiada a continuación.

Manejo del dolor: SI _____ No _____

Si se marcó sí, indicar cualquier medicamento que su mascota está actualmente encendido:

_____ Yo entiendo que la clínica cierra a las 6 pm de lunes a viernes y de 16:00 el sábado y el domingo y que debo recoger mi animal por aquel momento. Entiendo que no recibiré una llamada con un tiempo de recogida, pero puedo llamar la clínica me antes de 18:00 para uno. Si no recoger a mi mascota por el tiempo deseado, entiendo que habrá un cargo adicional de embarque para cada día adicional en el cuidado de MHVSS y Allbrick veterinaria clínica L.L.C.

Nombre: _____

Firma: _____

Número de teléfono donde podemos alcanzarte hoy: _____

Allbrick Veterinary Clinic, L.L.C.
8700 Zuni Street
Denver, CO 80260
(303) 429-1400

Fecha: _____