

Calle 5 No. 368 Colonia  
Profesor Cristóbal Higuera.  
Atizapán de Zaragoza. Edo.  
de México. C.P. 52940.

**Horarios:**  
Lunes a sábado de 11:00  
am a 7:00 pm

**Teléfonos:** 50772101

**Emergencias:**  
0445539401962  
0445528654895



Consultorio Médico Veterinario  
**Can & Cat**



## Consentimiento y autorización de cirugía

Atizapán de Zaragoza, Estado de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Al firmar esta forma yo (nombre) \_\_\_\_\_ certifico  
que soy el dueño legal o persona autorizada por el propietario del paciente, descrito en la siguiente rese-  
ña:

|                        |                 |
|------------------------|-----------------|
| <b>Identificación:</b> | <b>Especie:</b> |
| <b>Raza:</b>           | <b>Sexo:</b>    |
| <b>Edad y peso:</b>    | <b>Color:</b>   |

Así por este conducto, doy consentimiento al Consultorio Médico Veterinario Can & Cat para que mi mas-  
cota sea intervenida bajo el siguiente procedimiento quirúrgico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, mismo que será realizado con el protocolo anestésico que me ha sido  
propuesto.

Así mismo, se me ha informado que de acuerdo a la clasificación ASA (Sociedad Americana de Anestesió-  
logos) para estimar el riesgo anestésico, la salud de mi mascota se encuentra clasificada como:

| Clasificación<br>(Marque con una X) |            | Descripción                                                                                                                                   |
|-------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     | <b>I</b>   | Pacientes sanos sometidos a cirugía electiva.                                                                                                 |
|                                     | <b>II</b>  | Pacientes que presentan enfermedad pre—existente de ligera a moderada,<br>no involucrando cavidad torácica, abdominal y/o pélvica.            |
|                                     | <b>III</b> | Pacientes que presentan enfermedades sistémicas, en las cuales se encuen-<br>tran involucradas las cavidades torácica, abdominal y/o pélvica. |
|                                     | <b>IV</b>  | Pacientes con enfermedades pre—existentes y alteraciones sistémicas seve-<br>ras, que se deben de corregir antes de la anestesia .            |
|                                     | <b>V</b>   | Pacientes moribundos que pueden fallecer en menos de 24 horas, ya sea que<br>se practique o no la cirugía.                                    |
|                                     | <b>U</b>   | Paciente que debe ingresar a cirugía de urgencia, ya que su condición de<br>salud así lo requiere.                                            |

El costo de la intervención quirúrgica será de \$ \_\_\_\_\_ MN mismo que me ha sido infor-  
mado y he aceptado en los términos ya señalados. Los honorarios citados cubrirán lo referente a cirugía,  
anestésicos, medicamentos y retiro de sutura. El monto total (100%) del costo de la cirugía deberá ser  
cubierto antes de que se realice el procedimiento. Del mismo modo, acepto que los cuidados post opera-  
torios son mi responsabilidad (propietario), ya que el paciente estará bajo mi cuidado en mi domicilio.



**DEDICADOS AL  
CUIDADO Y  
BIENESTAR DE  
SU MASCOTA**

**Calle 5 No. 368 Colonia  
Profesor Cristóbal Higuera.  
Atizapán de Zaragoza. Edo.  
de México. C.P. 52940.**

**Horarios:  
Lunes a sábado de 11:00  
am a 7:00 pm**

**Teléfonos: 50772101**

**Emergencias:  
0445539401962  
0445528654895**



**Consultorio Médico Veterinario  
Can & Cat**



## **Consentimiento y autorización de cirugía**

Atizapán de Zaragoza, Estado de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Por otra parte, he leído y aceptado la información indicada en el anverso de este consentimiento, el cual se encuentra basado en el numeral 10.1.1 de la NOM-168-SSA1-1998 (cabe destacar que este precepto legal aplica a medicina humana pero que es tomado como base y se encuentra referida en la elaboración del presente consentimiento).

También he realizado las preguntas oportunas y he sido informado de manera clara, correcta y amablemente de las ventajas y/o riesgos que representa el procedimiento anestésico—quirúrgico, por lo cual libero de toda responsabilidad civil y/o legal al personal médico que labora en el Consultorio Médico Veterinario Can & Cat.

Del mismo modo, acepto las modificaciones de los métodos que se puedan producir en el transcurso de dichos procedimientos y que se justifique por una mejora de la calidad de los mismos y en beneficio de la salud del paciente, aunque ello pueda suponer un incremento en el costo del procedimiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del propietario  
y/o representante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo presencial



**DEDICADOS AL  
CUIDADO Y  
BIENESTAR DE  
SU MASCOTA**

**Atentamente**

**PhD. Ismael Hernández Ávalos  
Ced. Profesional 3920116**

**M en MVZ Agatha Elisa Miranda Cortés  
Ced. Profesional 5190964**