

Peso _____

Jaula # _____

Llene un formulario diferente para cada mascota

Nombre del dueño _____ Apellido _____

Dirección (no código postal) _____ Apt# _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (_____) _____ Celular (_____) _____ Msj Txt?

Email: _____

Nombre de su mascota _____ Gato Perro Macho Hembra

Raza _____ Color _____ Fecha de Nac/Edad _____

Mi mascota es (circule): a puerta cerrada al aire libre ambas

Cómo adquirió a su mascota?

Permiso para aplicar
antipulgas
(circule)

SI NO

1. Esta su mascota en ayuno (sin comer desde la media noche)? Si No

2. Poseé los antecedentes veterinarios, incluyendo vacunación de su mascota? Si (propvea su record) No

3. Tiene o tuvo que medicar a su mascota en los ultimos 10 dias? Si No

**De ser Si nombre cuales medicamentos _____

4. Ha sufrido su mascota alguna enfermedad o herida en los ultimos 30 dias? Si No

**De ser si explique _____

5. Su mascota ha recibido tratamiento antipulgas en los ultimos 30 dias? Si No

Fecha de aplicación _____ Tratamiento _____

Yo, el firmante, siendo mayor de edad y el propietario o tutor legal del animal descrito anteriormente, por la presente autorizo a la Animal Rescue League de Boston ("League"), incluidos sus funcionarios, empleados, agentes, representantes y voluntarios, a recibir, transportar, prescribir y administrar medicamentos, examinar y tratar médicamente, realizar cirugía de esterilización y tatuar al animal descrito arriba.

Reconozco que la League utilizará prácticas veterinarias y de manejo generalmente aceptadas para tratar y cuidar al animal.

Reconozco que la League, incluidos sus funcionarios, empleados, agentes, representantes y voluntarios, no será responsable por ninguna lesión, pérdida, escape o destrucción del animal, sea cual sea la causa o el motivo, ni por ninguna lesión o daño causado por el animal a terceros. Asimismo, me comprometo a eximir de responsabilidad a la League y a reembolsarla en su totalidad por cualquier reclamación, demanda o sentencia derivada de dicha lesión, pérdida, escape o destrucción del animal, sea cual sea la causa o el motivo, o por cualquier lesión o daño causado por el animal a terceros.

Si durante el curso del examen, tratamiento o procedimiento quirúrgico la League determina que se requiere razonablemente un tratamiento médico adicional, procedimiento o cirugía en el mejor interés de la salud y bienestar del animal, entonces autorizo a la League a proporcionar dicho tratamiento médico adicional, procedimiento o cirugía.

Entiendo que el procedimiento quirúrgico de esterilización se llevará a cabo a discreción del personal veterinario de la League y que se utilizarán anestésicos adecuados, incluso en el caso de que el animal sea una hembra gestante. La negativa del personal veterinario de la Liga a realizar el procedimiento quirúrgico de esterilización, o cualquier otro procedimiento quirúrgico, será a su exclusiva discreción.

Reconozco que, en caso de que el animal enferme después del(los) procedimiento(s) autorizado(s) en este documento, lo regresaré a la League para su examen y posible tratamiento adicional lo antes posible. En caso de que lleve a mi animal a mi propio veterinario o a una instalación de emergencia veterinaria, la League tiene el derecho de rechazar el reembolso por dicho tratamiento adicional.

Reconozco que el animal descrito en este documento debe ser recogido de la League en el horario designado el mismo día de la cirugía. En caso de que no reclame a mi animal dentro de dicho horario, entiendo que el animal será considerado abandonado y que la League tomará las medidas apropiadas y coherentes con sus procedimientos para manejar animales abandonados.

Entiendo que, una vez que mi animal sea considerado abandonado, renuncio a todos los derechos, titularidad e interés legal sobre el animal. Sin embargo, seré responsable de todos los gastos médicos y de alojamiento incurridos hasta el momento del abandono, así como de cualquier gasto médico y de alojamiento adicional incurrido posteriormente en caso de que intente reclamar a mi animal.

Signature _____ Date _____

CLINIC USE ONLY

RABIES FVRCP/DA2PP REV MICROCHIP HWT CAPSTAR COMBO FELV PARASTAR EAR TIP PRAZI

Hospital _____ Date given _____ 1y or 3y Payment: AM PM Cash CC

CLINIC USE ONLY

Cage # _____

- RABIES TAG # _____ FVRCP/DA2PP HW TEST: _____ Rx: _____ COMBO TEST: _____ FELV: _____
- REVOLUTION: FLEAS EARMITES CHEYLETIELLA PARASTAR: FLEAS TICKS CAPSTAR EAR TIP BLOOD DRAW
- PRAZIQUANTAL INJ. _____ mL SQ: TAPEWORMS MICROCHIP:

Date _____ Veterinarian: Donnelly / Forline / Kessler / Trakht / Youngman / _____ Spay ___ Neuter ___

Weight _____ LBS Estimated weight _____ LBS Temp. _____

DTK* _____ ml (IM) bottle # _____ 2nd DTK dose _____ Antisedan _____ ml (IM) 2nd dose _____

Meloxicam inj. (5mg/ml) _____ ml (SQ) Convenia (80mg/ml) _____ ml (SQ)

*Medetomidine, Butorphanol, Ketamine pre-mix

Additional medications:

Buprenorphine (0.5mg/ml) _____ ml (IM/SQ)

Midazolam (5mg/ml or 1mg/ml) _____ ml (IM/IV)

Medetomidine (1mg/ml) _____ ml (IM/IV)

Other: _____

Dispensed:

Meloxicam Tabs (7.5 mg) _____

Meloxicam Oral (1.5mg/ml) _____

Gabapentin Caps _____

Cephalexin Caps _____

Pre-surgical Physical exam (NSF on exam)

- **BAR**
- **MM – pink Moist**
- **H/L – Normal RR. No Murmur. Normal RR/RE**
- **Ok for surgery**

Notes: _____

Abnormal Findings:

- _____
- _____
- _____
- _____

OVH Feline

___ Routine ___ Estrus ___ Pregnant

Intubated and maintained on oxygen and isoflurane

Lidocaine- intra-dermal at incision site

Suture size 3-0 Monosorb

Ventral midline incision. Autoligation of the ovarian pedicles. Uterine body double single ligated modified millers knot. Linea closed in a simple continuous pattern. SubQ closed with a simple continuous pattern. Skin closed in a continuous subcuticular and glued. Tattooed.

Modifications/Notes: _____ Initials: _____

OVH Canine

___ Routine ___ Estrus ___ Pregnant

Intubated and maintained on oxygen and isoflurane

Lidocaine- intra-dermal at incision site

Suture size 2-0 Monosorb

Ventral midline incision. Ovarian pedicles single double ligated with a modified millers knot. Uterine body single double ligated modified millers knot. Linea closed in a simple continuous pattern. SubQ closed in a simple continuous pattern. Skin closed in a continuous subcuticular. Skin glued. Tattooed.

Modifications/Notes: _____ Initials: _____

Orchiectomy Feline

___ Routine ___ Cryptorchid

Lidocaine intra-testicular and intra-dermal at incision site

Scrotal incisions (2). Closed castration. Autoligation. Tattooed.

Modifications/Notes: _____ Initials: _____

Surgery notes:

Orchiectomy Canine

___ Routine ___ Cryptorchid

Intubated and maintained on oxygen and isoflurane

Lidocaine intra-testicular and intra-dermal at incision site

Suture size 2-0 Monosorb

Pre-scrotal scrotal closed technique. Vessels and spermatic cord single double ligated with modified millers knot. Tunics closed with a simple continuous pattern. SubQ closed with a simple continuous pattern. Skin closed in a continuous subcuticular pattern and skin glued. Tattooed.

Modifications/Notes: _____ Initials: _____