

CONSENTIMIENTO INFORMADO
AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTO PARA CENTROS VETERINARIOS
COLABORADORES

D./Doña.:

Con domicilio en:

Calle/Plaza:

Teléfono:

D.N.I. nº:

Que declara tener plenas facultades de dominio y propiedad sobre el paciente:

Nombre:

Especie:

Raza:

Sexo:

Edad:

Identificación electrónica / Tatuaje:

Autoriza al equipo veterinario de Sinergia Veterinaria, así como a los veterinarios del Centro u Hospital Veterinario de referencia a realizar los tratamientos descritos, asumiendo la responsabilidad profesional de sus acciones así como el desarrollo y realización de los tratamientos postquirúrgicos, realizando todas sus actuaciones según la "lex artis", después de una detallada información de los posibles riesgos y efectos adversos de los siguientes tratamientos y/o procedimientos que se van a realizar (anestésicos, médicos y/o quirúrgicos):

Por la presente declaro y reconozco haber sido informado verbalmente, por los miembros del equipo veterinario y del Centro u Hospital Veterinario sobre el procedimiento del tratamiento a realizar, de los riesgos asumidos por realizar o no pruebas prequirúrgicas, así como de las consecuencias, riesgos inherentes y relacionados al procedimiento indicado y complicaciones posibles, como también de los cuidados postoperatorios correspondientes; y así, reconozco haberlos entendido, acepto y asumo firmando esta autorización para que se proceda a la realización de dicho protocolo.

A su vez, por la presente, ACEPTO cualquier riesgo que se pudiera comportar del tratamiento y/o intervención quirúrgica descrita, y especialmente de la derivada de los tratamientos anestésicos y quirúrgicos, exonerando de manera expresa al personal facultativo, veterinarios colaboradores implicados y al Hospital Veterinario o Clínica Veterinaria de responsabilidad alguna, dado que la misma no se compromete a la obtención de ningún resultado totalmente satisfactorio por no ser la medicina una ciencia exacta, incluso en los casos de medicina satisfactoria, obligándose únicamente a prestar por medio de personal adecuado y de sus instalaciones a todos los cuidados necesarios según "lex artis" sean aconsejados y recomendados en el tratamiento e intervención quirúrgica solicitada. Al mismo tiempo entiendo, acepto y asumo que se me ha informado de que los riesgos de un animal sometidos a este tipo de intervenciones pueden afectar tanto a la fase anestésica, intervención quirúrgica y postoperatorio.

El equipo veterinario de Sinergia Veterinaria desarrolla su actuación terapéutica y clínica en estrecha colaboración con los centros veterinarios de referencia por lo que cualquier alteración experimentada por el paciente durante la convalecencia debe ser comunicada de forma urgente a nuestros veterinarios para que tomen las medidas sanitarias oportunas. Es imprescindible el total cumplimiento de los tratamientos pautados, sin que se realicen cambios o modificaciones de los mismos sin la supervisión veterinaria.

En _____, a _____ de _____ 20____

Nombre:

Firma:

DNI:

NO AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTO

D./Doña:
Con domicilio en:
Calle/Plaza:
Teléfono:
D.N.I. nº:

Que declara tener plenas facultades de dominio y propiedad sobre el paciente:

Nombre:
Especie:
Raza:
Sexo:
Edad:
Identificación electrónica / Tatuaje:

Rechaza de forma voluntaria, la realización por parte del equipo médico veterinario de la realización de los siguientes procedimientos a pesar de su interés sanitario para llegar a un diagnóstico definitivo y establecer el pronóstico así como las necesidades terapéuticas del paciente:

Por la presente declaro y reconozco haber sido informado verbalmente por el equipo veterinario y/o colaboradores del Centro u Hospital Veterinario sobre los riesgos asumidos por la NO realización del/los procedimiento/s recomendado/s según "lex artis", así como de las consecuencias, riesgos inherentes y relacionados, y complicaciones posibles, exonerando de manera expresa al personal facultativo, veterinarios colaboradores implicados y al Hospital Veterinario o Clínica Veterinaria de responsabilidad alguna; y así, reconozco haberlo entendido, acepto y asumo firmando esta autorización para que NO se proceda a la realización de dicho protocolo, firmando este documento para que así conste.

En _____, a _____ de _____ 20____
Nombre:
Firma:
DNI: