



**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL  
SUBDIRECCIÓN DE CONTROL Y BIENESTAR ANIMAL**



**CÉDULA DE CONSENTIMIENTO**

Fecha (día, mes y año): \_\_\_\_\_

Lugar donde se realiza la cirugía: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PROPIETARIO (solo mayores de 18 años)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ANIMAL**

Nombre: \_\_\_\_\_

Especie: Canino ( ) Felino ( ) Sexo: Macho ( ) Hembra ( )

Raza: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Certifico que los datos anteriores son reales y que autorizo plenamente a los médicos veterinarios participantes en esta campaña a realizar la esterilización quirúrgica del animal que se describe. Presento a mi mascota sana y bajo las condiciones que se me indicio para poder realizar el procedimiento. Si mi mascota es hembra, será sometida a una ovariectomía y si es un macho, se le realizará una orquiectomía. Estoy consciente de los riesgos que implica el uso de la anestesia general, así como la práctica misma de la cirugía. Libero de cualquier responsabilidad a los médicos veterinarios, a la Subdirección de Control y Bienestar Animal y al R. Ayuntamiento de cualquier problema que pueda llegar a presentar.**

**NOMBRE Y FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**MÉDICO VETERINARIO RESPONSABLE**

\_\_\_\_\_  
**PROPIETARIO DE LA MASCOTA**