



**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL
SUBDIRECCIÓN DE CONTROL CANINO**

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 antes descrito. Presento a mi mascota sana y bajo las condiciones que se me indicó 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 Canino y al R. Ayuntamiento de cualquier problema que mi mascota pueda llegar a presentar.

NOMBRE Y FIRMA

MÉDICO VETERINARIO RESPONSABLE

PROPIETARIO DE LA MASCOTA