



VETERINARIA "PELOS Y PLUMAS"

sanchez_mvmet@hotmail.com - 966555890

Av. Inca Garcilazo de la Vega 434 Pichari

08850 Perú, La Convención

martes 7 de febrero del 2023

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS-QUIRÚRGICOS

Yo, **RAQUEL**, mayor de edad con No. de identidad **+51966555890** habiendo solicitado por mi voluntad los servicios hospitalarios de VETERINARIA "PELOS Y PLUMAS" con NIT RUC 10701651541 y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por medio del presente documento doy mi consentimiento informado para hospitalización y realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que sean necesarios para mi mascota **HAPPY**, raza **Cocker spaniel americano**, edad **1 años, 4 meses y 13 días**, sexo **Macho**, de quien soy su representante en este momento. Ese consentimiento se firma bajo las siguientes especificaciones:

1. INFORMACIÓN MÉDICA: RECONOZCO que he sido debidamente informado (a) en lenguaje claro y comprensible del estado de salud de mi mascota, habiéndose diagnosticado o teniendo como diagnóstico presuntivo **[COMPLETAR AQUÍ]**, dolencia por la cual según me informa el médico veterinario tratante se requiere hospitalización y procedimientos médicos y/o quirúrgicos, los cuales yo he escogido dentro de un grupo de alternativas terapéuticas que he discutido con los médicos, y autorizo a estos, comprendiendo los riesgos y beneficios que estos procedimientos conllevan. Tales procedimientos a realizarse son:

- **[COMPLETAR AQUÍ]**
- **[COMPLETAR AQUÍ]**

2. RIESGOS Y COMPLICACIONES: ACEPTO que la medicina no es una ciencia exacta y que he sido debidamente informado (a) de los riesgos y complicaciones específicos que pueden surgir a raíz de estos procedimientos mencionados. Entiendo que el tratamiento médico y/o quirúrgico que se le va a realizar a mi mascota, es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médicos-quirúrgicos de acuerdo a las normas médicas veterinarias necesarias. Sin embargo, es un procedimiento en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho pone en manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él pueden surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales, reacciones adversas a medicamentos e incluso llevar a la muerte del animal; las posibilidades de que estas complicaciones antes mencionadas se presenten, se pueden minimizar conociendo el estado de la salud actual del paciente y sus antecedentes médicos, por lo tanto DOY FE que los datos suministrados a los médicos son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. COMPREENDO y soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del tratamiento médico y/o quirúrgico, pero que estos procedimientos están plenamente justificados para la recuperación de la salud de mi mascota y que la necesidad de realizarlos supera los riesgos de complicaciones.



VETERINARIA "PELOS Y PLUMAS"

sanchez_mvmet@hotmail.com - 966555890

Av. Inca Garcilazo de la Vega 434 Pichari

08850 Perú, La Convención

3. **ANESTESIA: ACEPTO Y COMPREENDO** tanto para la realización de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o médicos puede ser necesaria la inmovilización de mi mascota durante un tiempo determinado, para lo cual se podría requerir de la tranquilización, analgesia o anestesia general de mi mascota. Por lo cual confirmo haber leído la hoja de información sobre anestesia proporcionada por **VETERINARIA "PELOS Y PLUMAS"**.

4. **ZONAS RASURADAS: COMPREENDO** que mi mascota podrá presentar zonas rasuradas en su cuerpo, principalmente en las extremidades. Esto lo realizamos para permitir la visualización y el acceso limpio a las venas por las cuales se inyectaran los medicamentos anestésicos o medicamentos para su tratamiento intrahospitalario. Las venas o zonas de aplicación de medicamentos intramusculares o subcutáneos pueden presentar hematomas o inflamación, estas zonas serán tratadas inmediatamente se evidencie alguna alteración.

5. **CAMBIOS DE PLAN TERAPÉUTICO Y GASTOS SECUNDARIOS: RECONOZCO** que estos riesgos y complicaciones que puedan surgir durante el diagnóstico y tratamiento son inherentes a la enfermedad misma o a los procedimientos médicos o quirúrgicos que se realicen y soy consciente que el tratamiento de estas complicaciones requieren gastos adicionales, por lo que **DOY AQUÍ MI EXPRESA AUTORIZACIÓN** para que realicen cualquier otro procedimiento adicional que requieran estas complicaciones derivadas o cambios de plan terapéutico según la necesidad y así mismo **ACEPTO** pagar los gastos derivados de tratar estas complicaciones o cambios terapéuticos emergentes. En **VETERINARIA "PELOS Y PLUMAS"** nos **COMPROMETEMOS** a pedir autorización previa para cualquier procedimiento e informar al propietario o responsable del costo de este, así como proveer factura cada vez que se realice un pago.

6. **PAGARÉ:** Soy consciente y **ACEPTO** firmar un pagaré en blanco, el cual me comprometo a pagar los gastos por consulta, exámenes diagnósticos, procedimientos, tratamiento médico-quirúrgico y hospitalización del paciente bajo mi responsabilidad. Sé que dicho pagare deberá ser cancelado en su totalidad inmediatamente sea dado de alta al paciente, pero se también, que es recomendable realizar abonos durante los días de hospitalización para amortizar el monto total de la cuenta y así quedar a paz y salvo al momento del alta. Al firmar este pagaré entiendo y acepto que firmo un documento legal que en caso de incumplimiento de pago podrá ser llevado a proceso de cobro jurídico. Nota: En el caso de elegir no firmar el pagaré se deberá dejar un abono o realizar el pago de los gastos diarios o valor estimado del procedimiento médico-quirúrgico previo a su realización.

7. **PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: CONSIENTO** que se realicen todas las pruebas clínicas, de laboratorio, patológicas, de imágenes e inclusive fotográficas que sean necesarias para la recuperación de mi mascota y **ACEPTO** a **VETERINARIA "PELOS Y PLUMAS"** custodiar dichas pruebas así como el historial clínico. En **VETERINARIA "PELOS Y PLUMAS"** nos **COMPROMETEMOS** a pedir autorización previa para cualquier prueba diagnóstica e informar al propietario o responsable del costo de este, así como proveer factura cada vez que se realice un pago.

8. **OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE: ME COMPROMETO** a seguir fielmente todas las indicaciones que el (a) médico ha dado para la recuperación de la salud de mi mascota, incluso cuando esta sea dada de alta, a administrar los medicamentos a horarios y dosis que se prescriban, así como a realizar los cuidados postoperatorios/posthospitalización tales como curaciones, asistir a la cita de retiro de puntos de sutura y revisiones, cuidado de vendajes y las



VETERINARIA "PELOS Y PLUMAS"

sanchez_mvvet@hotmail.com - 966555890

Av. Inca Garcilazo de la Vega 434 Pichari

08850 Perú, La Convención

restricciones dietéticas o de hábitos que se indiquen.

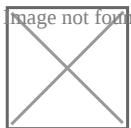
9. SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO Y RENUNCIA A LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE: ACEPTO

que los médicos puedan suspender o posponer cualquier procedimiento clínico o quirúrgico según su buen criterio médico y de acuerdo a las circunstancias no previstas. Así mismo como propietario o responsable en capacidad de dar fin al tratamiento de mi mascota o retirarla de las instalaciones, ACEPTO exonerar y no culpar a VETERINARIA "PELOS Y PLUMAS" de dar fin al tratamiento intrahospitalario/ quirúrgico de mi mascota antes de que sea dado de alta por un miembro del personal médico. A si mismo ASUMO que el rehusarme a realizar los exámenes diagnósticos, procedimientos quirúrgicos y suspender el tratamiento puede traer consecuencias en la salud de mi mascota, por lo cual ACEPTO firmar historia clínica exonerando al equipo médico tratante. Sin embargo esto no significa que se pierdan los derechos a una atención posterior o a un seguimiento del paciente por parte de VETERINARIA "PELOS Y PLUMAS".

10. DERECHOS COMO PROPIETARIO O RESPONSABLE: DECLARO que he sido informado sobre todos los derechos a favor de mi mascota y míos, antes, durante y después de los actos médicos, como es el derecho a la información absoluta sobre la condición clínica y opciones terapéuticas, renuncia a la relación médico-paciente, derecho a una segunda opinión o a una junta médica en cualquier momento que bajo mi criterio se solicite, derecho a revocar este consentimiento hasta antes del momento que se realicen los procedimientos médicos y/o quirúrgicos, también el derecho a que no se revele ninguna información médica brindada en el historial médico a otras personas si no lo autorizo expresamente yo como propietario o responsable.

MÉDICO REPRESENTANTE

Image not found or type unknown



Raquel

MP:

PROPIETARIO O RESPONSABLE

RAQUEL

+51966555890