

Society of Humane Friends Certificado de Esterilización Clínica
651 N. Clayton St. Lawrenceville, GA 30046 770-962-4301
P. O. Box 667 Dacula, GA 30019

Esta sección debe ser completada por el dueño del animal

Nombre del dueño: _____

Dirección _____

Ciudad, Estado y Código Postal _____

Condado _____ Teléfono _____

Nombre de la mascota _____ Raza _____

Color _____ Edad _____ Sexo _____

Autorización para anestesia y cirugía

Yo certifico que soy el dueño legal o el agente autorizado de este animal. Yo le doy mi permiso al personal de la clínica de esterilización de SOHF a que le administren la anestesia requerida para la cirugía o para otros procedimientos que requieran mayor anestesia y cirugía. La anestesia es removida del cuerpo por medio del hígado y los riñones. Es importante saber que estos órganos se encuentran en buen estado antes de administrar anestesia. Yo no tengo conocimiento de que este animal tenga problemas de hígado o riñones. Yo entiendo que hay ciertos riesgos asociados con todo tipo de anestesia y cirugías. La clínica no asume ninguna responsabilidad por la anestesia y/o la cirugía. Si el animal esta preñado o en celo se cobrara un adicional.

Firma _____ Fecha _____

Clinic Fill Out

Dog Spay Dog Neuter RabiesTag # _____

Bordatella DHPP Microchip

Cat Spay Cat Neuter Rabies Tag # _____

FVRCCP Other _____

Vet's Signature _____ Date _____

Payment received \$ _____