

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

Nombre del dueño \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Codigo Postal \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Nombre de la mascota \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Color \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

**Autorizacion para Anestesia y Cirugia**

Yo certifico que soy el dueño legal o el agente autorizado de este animal. Yo le doy mi permiso al personal de la clinica de esterilizacion de SOHF a que le administren la anestesia requerida para la cirugia o para otros procedimientos que requieran mayor anestesia y cirugia. Es importante saber que estos organos se encuentran en buen estado antes de administrar anestesia. Yo no tengo conocimiento de que animal tenga problemas de higado o riones. Yo entiendo que hay ciertos riesgos asociados con todo tipo de anestesia y cirugias. La clinica no asume ninguna responsabilidad por la anestesia y/o la cirugia. Si animal esta preñado en celo se cobrara un adicional.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

SOHF Clinic to Fill Out Section Below

Dog Spay     Dog Neuter     DHPPL     Rabies     Bordetella     Chip

Cat Spay     Cat Neuter     FVRCP     Rabies     Chip     \_\_\_\_\_

SOHF Rabies Tag # \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_  HWT \_\_\_\_\_

Product Name: \_\_\_\_\_ Vaccine Serial # \_\_\_\_\_ Manufacturer: Zoetis

Date Vaccinated: \_\_\_\_\_ Next Vaccination Due By: \_\_\_\_\_

Veterinarian's Signature: \_\_\_\_\_ License # \_\_\_\_\_

Payment Received \_\_\_\_\_