Autorización para Hospitalización / Cirugía / Anestesia / Láser

Nombre del cliente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de mascota\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especies \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Descripción del procedimiento:** Sacar los ovarios a / Neutralizar / Limpieza dental / Otro
* • Costo base para el procedimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: incluye anestesia y monitoreo, procedimiento quirúrgico, hospitalización ambulatoria y analgésicos de rutina y antibióticos (sujeto al tamaño de sus mascotas).
* • CARGOS ADICIONALES que podrían acumularse.

|  |  |
| --- | --- |
| Cateterización y fluidos | $50-$60 |
| Ayudantes anestésicos adicionales. | $50-$60 |
| Extracciones dentales (SOLO para limpieza dental) | Coste basado en cantidad y dificultad. |
| Analgésicos especializados y antibióticos. | Sujeto a las necesidades médicas de sus mascotas. |

Entiendo que esta es una estimación SOLAMENTE y se basa en un examen pre-anestésico. La nueva información que sale a la luz durante un examen más detallado después de la inducción de anestesia general puede agregar costo a esta estimación.

PHONE NUMBER - Número de teléfono donde podemos comunicarnos con usted el día del procedimiento

( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se realizarán intentos razonables para obtener la autorización de los procedimientos no descritos anteriormente. Si no es posible el contacto, entiendo que otros procedimientos pueden llevarse a cabo a discreción del médico y que seré responsable de los cargos relacionados con estos tratamientos. Estoy de acuerdo en pagar TODAS las tarifas relacionadas cuando mi mascota sea dada de alta. Iniciales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pruebas preanestésicas

Su mascota está programada para anestesia y / o cirugía. Antes de poner a su mascota bajo anestesia, realizaremos un examen físico completo. También recomendamos que se realice un perfil de sangre pre-anestésico para maximizar la seguridad del paciente y alertar a los médicos de la presencia de cualquier problema médico subyacente que pueda complicar el procedimiento. Estas condiciones pueden no ser detectadas sin un perfil pre-anestésico. Además, si la salud de su mascota cambia, el análisis de sangre de referencia provisto por esta prueba puede usarse para desarrollar un diagnóstico y tratamiento más rápidos y precisos.

|  |  |
| --- | --- |
| **$ 70.00** | Mascotas de 0 a 6 años de edad / incluye: BUN, ALKP, GLUCOSA, PROTEÍNA TOTAL, ALT, CREATININA y ELECTROLITOS |
| **$83.00** | Mascotas de 6 años y mayores / incluye: TODAS las pruebas anteriores + ALBUMIN, PHOS, CALCIO, BILIRUBINA TOTAL, AMYLASE y COLESTEROL |

\_\_\_\_\_ YES, Apruebo las pruebas preanestésicas anteriores. Entiendo que hay una CUOTA ADICIONAL para este servicio.  
\_\_\_\_\_ NO, He elegido rechazar el análisis de sangre preanestésico recomendado y le solicito que continúe con la anestesia de todos modos. Entiendo que existen riesgos potenciales al usar anestesia en mi mascota.

Iniciales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONTINÚA EN LA PARTE POSTERIOR**

Autorización de uso de láser

Ofrecemos los beneficios del láser para la cirugía de su mascota. Al igual que en la cirugía en humanos, un láser permite que nuestros médicos realicen cirugías con MENOS DOLOR, MENOS HELLOS Y MENOS CON SANGRE.

La tarifa adicional por el uso del láser durante la cirugía de su mascota es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Sí, apruebo el uso del láser para el procedimiento quirúrgico descrito anteriormente. Entiendo que hay una CUOTA ADICIONAL para este servicio.  
\_\_\_\_\_NO, he elegido rechazar el uso del láser durante el procedimiento descrito anteriormente.

Iniciales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique CUALQUIER otro procedimiento que desee realizar (se facturará a un costo normal) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**