

AUTORIZACIÓN PARA LA HOSPITALIZACIÓN

Por la presente autorizo al Centro
para el internamiento en régimen de hospitalización del paciente arriba reseñado, así como para la administración de la medicación que se considere necesaria, tanto terapéuticamente como para el diagnóstico sobre la base de los hallazgos encontrados en el curso de la hospitalización.

Soy consciente de que el Centro no puede garantizar una vigilancia de 24 horas del paciente y que habrá momentos en los que éste quede solo. Siendo así lo apruebo y consiento. Así mismo, certifico que leo y comprendo la autorización para la hospitalización de mi mascota. Asumo la responsabilidad financiera para todos los cargos que concurrieran al paciente y que se harán efectivos en el momento de la entrega del paciente como plazo máximo de pago. Aun así, el Centro se reserva el derecho a pedir pago por adelantado y/o provisión de fondos.

Firma del propietario o persona responsable

Firma del Veterinario

Tfno.:

Alergias o enfermedad subyacente: _____

Peso en Kg:

Avisar en caso de empeoramiento o autorización de procedimientos invasivos (Cirugías, anestésicos profundos...) TACHAR LA QUE PROCEDA: SI NO

Para optimizar el servicio y no alterar la atención de los pacientes, así como no estresarles innecesariamente se establece:

HORARIOS DE VISITA:

A concretar con el veterinario

HORARIOS DE CONTACTO TELEFÓNICO CON EL VETERINARIO RESPONSABLE:

A concretar con el veterinario

Apartado para la revocación del consentimiento:

Fdo:

DNI: