Clínica Veterinaria Funza S.A
Medicina Veterinaria y Bienestar Anim
Profesionales Universidad Nacional Calle 11 Nº 11-35 Funza • Tel.: 826 3268 Ce

AUTORIZACION DE SEDACION Y/O ANESTESIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Yo (nosotros) Alcaldia Funza **identificado (s) con C.C.** 899999433
teléfono 3165295632/8263211

Autorizo al Medico Veterinario: Joleth Delgado a realizar la sedación y/o anestesia a la mascota que se describe a continuacion:

Mascota (Nombre)	Caso 29/07/2021
Especie	canino
Raza	Criollo
Sexo	Macho
Color	NEGRO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO MEDICO Y/O QUIRURGICO POR EL CUAL SE REQUIERE LA SEDACIÓN Y/O ANESTESIA:

FRACTURA ALA ILION IZQUIERDA Y PUBIS

Manifiesto que he sido informado sobre la tecnica anestesica que se utilizara en mi mascota, y soy consciente de sus riegos y beneficios.
He leido y comprendido el formulario de informacion quirurgica___, y formulario de informacion sobre pruebas pre-anestesicas__.

Este documento tiene acción legal y se firma el día **miércoles, 25 de agosto de 2021**

Alcaldia Funza
899999433
Funza
3165295632/8263211