Clínica Veterinaria Funza S.A.S.
Medicina Veterinaria y Bienestar Animal
Profesionales Universidad Nacional Calle 11 Nº 11-35 Funza • Tel.: 826 3268 Cel.: 311 477 0015

AUTORIZACION DE SEDACION Y/O ANESTESIA
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Yo (nosotros) ALCALDIA DE FUNZA **identificado (s) con C.C.** 899999433
teléfono 3165295632/8263211

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

Mascota (Nombre)	Caso 44/08/2021
Especie	FELINO
Raza	Doméstico Común o Mesti
Sexo	Hembra
Color	Calico

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

profilaxis, exodoncias, exceresis nodulo mamario

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 X, y formulario de informacion sobre pruebas pre-anestesicas X

Este documento tiene acción legal y se firma el día **viernes, 1 de octubre de 2021**

ALCALDIA DE FUNZA
899999433
Funza
3165295632/8263211