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

ACTA DE CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACIÓN
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Autorizo a la CLINICA VETERINARIA FUNZA, preste los servicios de hospitalización que requiera a Caso 45/08/2021 la cual ha sido internada con un diagnostico presuntivo de:

piometra de muñon, seroma postquirurgico

Datos de la mascota

Nombre del propietario	ALCALDIA DE FUNZA		
Identificado	899999433		
Dirección	Funza	**Teléfono**	3165295632/8263211
Mascota	Caso 45/08/2021	**Sexo:**	Hembra
Especie	canino	**Raza**	Springer Spaniel Inglés
Color	Café y blanco		

Manifiesto que se me ha explicado la naturaleza del tratamiento a que será sometida mi mascota y comprendo que pueden existir riesgos y complicaciones y riesgos asociados al uso de medicamentos, además que pueden surgir condiciones imprevistas y requerir la realización de procedimientos adicionales.
Soy consciente que por tratarse de un ser vivo existe variación en la respuesta por lo cual el resultado final no puede ser determinado plenamente.
En razón de la intensidad hemos convenido con el médico tratante uno de los siguientes tipos de hospitalización: Hospitalización guardería___ Hospitalización convencional ___Cuidados semintensivos___
•Si el cliente no responde por su mascota en un lapso de tres (3) días , la institución dispondrá del animal de la forma mas humanitaria posible.

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

ALCALDIA DE FUNZA
899999433