



FORMULARIO DE HISTORIA DEL PACIENTE

Actualizado 12/05/19

APELLIDO DEL DUEÑO: _____ NOMBRE DE LA MASCOTA: _____

1. ¿El animal ha estado comiendo/bebiendo normalmente? No Sí 2. Última cena: _____

3. ¿El animal tiene alguna condición médica/de salud actual (Marque TODAS las que correspondan)?

No Tos Estornudos Vómitos Diarrea Letargo Reacciones a Vacunas Alergias

Hernia Umbilical Dientes de Leche Retenidos Testículo No Descendido (Criptorquidia)

Otra condición (Por favor describa): _____

4. ¿Le gustaría un análisis de sangre prequirúrgico para su mascota? No Sí

Prep profile (prueba la función hepática y renal, hemograma completo) **\$45**

Comprehensive (incluye Prep profile + electrolitos, tiroxina, colesterol y un análisis de orina) **\$79**

***** Se REQUIERE un análisis de sangre (Comprehensive) para todos los animales de 7 años o más*****

5. ¿Está de acuerdo en que tratemos su mascota si es necesario? (p. ej., Mancha Ocular, desparasitante, Tratamiento de Pulgas o Antibióticos [pioderma: infección de la piel en o cerca del sitio de la incisión; heridas abiertas, tos) **Costo máximo \$30 por servicio** (Aunque pudiese variar, en tal caso se le comunicará)

¡No, por favor llamarme! ¡Sí! Haga lo que mi mascota necesite

6. ¿El animal está tomando algún medicamento o ha recibido inyecciones en los últimos 30 días, incluidos tratamientos contra pulgas/garrapatas, insulina, tiroides o esteroides? No Sí

Por favor describa: _____

7. ¿Su Animal **FEMENINO** ha estado en celo? No Sí Último ciclo de celo: _____

8. ¿Su **CANINO (PERRO)** está en la prevención del gusano del corazón (*heartworm*)? No Sí

9. Prueba de Heartworm **\$18** No Sí Producto: _____ Última dosis: _____

Exención de la prueba del parásito del corazón (firme **SOLAMENTE** para rechazar)

Se recomienda una prueba de Heartworm en todos los perros mayores de 6 meses de edad antes de las cirugías electivas. La enfermedad del gusano del corazón puede provocar complicaciones graves e incluso la muerte, bajo o después de la anestesia/cirugía. **Entiendo que los médicos de Spay N Save Animal Clinic recomiendan tal prueba antes de la cirugía para descartar esa enfermedad, con o sin el uso de medicamentos preventivos.** He leído y entiendo el riesgo involucrado y elijo rechazar la prueba en este momento. Por la presente, libero a Spay N Save Animal Clinic y a su personal de cualquier responsabilidad en caso de que se produzcan lesiones y/o muerte como resultado de gusanos del corazón que no se detectan antes de la cirugía.

Yo, el propietario (o agente autorizado) rechazo la prueba del parásito del corazón y entiendo completamente los riesgos adicionales involucrados si mi perro es positivo para el parásito del corazón.

Firma del Cliente _____ Fecha _____ Iniciales del DVM _____