

**NO ESCRIBAS AQUI - USA DE LA CLINICA SOLAMENTE**

Salvaje

Seq #

Confirm #

Pagado

Recaudador

# REGISTRO

Secciones completas del 1 al 11:

1. Nombre del Dueño o Guardián:

2. Cedula

Confirmación #

3. Dirección de Domicilio:

4. Teléfono:

5. Especie:

Perro:

Gato:

9. Color:

6. Genero:

Macho:

Hembra:

Blanco

Negro

Café

7. Edad:

Años:

Meses:

Otra

8. Nombre de la Mascota:

**LA DONACIÓN SUGERIDA ES DE \$15.00/PERRO O PERRITOS; \$8.00/GATO O GATITOS.**

**NO COMIDA DESPUES 8 P.M. NOCHE ANTES LA CLINICA; LA EXCEPCIÓN GATITOS Y PERRITOS CON LECHE DE MAMA.**

**AVISO:** Los procedimientos de anestesia y de esterilización suponen algunos riesgos médicos, incluyendo los riesgos de depresión cardiaca o en algunos casos hasta la muerte si la mascota está deshidratada, tiene malnutrición, vejez, si sufre de arritmia cardiaca y/o si no está en una buena condición de salud.

**RESPONSABILIDAD:** Acepto que se practique la esterilización a la mascota de mi propiedad y arriba descrita, aceptando los riesgos médicos que pudieran presentarse, así como acepto el compromiso de realizar los cuidados a mi mascota posterior a la operación y que se me indiquen. En caso de que mi animal sufra cualquier daño o muera a consecuencia de esta intervención, yo me comprometo formalmente a mantener ileso a AADAB y no presentaré demandas, juicios civiles o penales en contra de la Asociación, sus oficiales, representantes, voluntarios o médicos veterinarios.

10. Firma del Dueño o Guardián: \_\_\_\_\_

11. Fecha: \_\_\_\_\_