**CENTRO CLÍNICO VETERINARIO H.C \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado(a) con cédula de ciudadanía No. ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** expedida en ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*** por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Centro Clínico Veterinario de la Universidad de los Llanos, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la prestación de servicios médicos veterinarios.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente al Centro Clínico Veterinario de la Universidad de los Llanos, a remitir notificaciones electrónicas

Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos. De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

EL SUSCRITO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA, NÚMERO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EXPEDIDA EN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_EN CARÁCTER DE USUARIO DEL SERVICIO Y RESPONSABLE DEL ANIMAL, INGRESA AL CENTRO CLÍNICO VETERINARIO DE LA UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS, AL PACIENTE: NOMBRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESPECIE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,RAZA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,SEXO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,EDAD\_\_\_\_\_, COLOR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.SEÑALES ARTICULARES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTE PROCEDIMIENTO SE CONSIENTE BAJO LA ACEPTACIÓN PREVIA DE LAS SIGUIENTES CLÁUSULAS:

**PRIMERA:** EL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE SE HACE CON EL ACOMPAÑAMIENTO DE ESTUDIANTES, DEBIDO A QUE EL CENTRO CLÍNICO VETERINARIO ES UN ESCENARIO DE PRÁCTICA ASISTIDA DE VARIOS CURSOS DEL PROGRAMA DE MEDICINA VETERINARIA Y ZOOTECNIA.

PRACTICADA LA VALORACIÓN CLÍNICA PRELIMINAR DEL CASO, DECLARO QUE ASUMO EN SU TOTALIDAD LOS COSTOS DE CONSULTA HOSPITALIZACIÓN, ALIMENTACIÓN, EXÁMENES PARACLÍNICOS, TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O MÉDICO-QUIRÚRGICOS, DISPOSICIÓN FINAL DEL CADÁVER DEL ANIMAL EN CASO DE FALLECIMIENTO, QUE SE DERIVEN DE LA APLICACIÓN DE CONDUCTAS ESTRICTAMENTE RELACIONADAS CON EL CASO.

**SEGUNDA:** EXPRESO MI CONSENTIMIENTO DE QUE EL PACIENTE SEA OBJETO DE LA APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS AL ALCANCE DE LA CIENCIA MÉDICA VETERINARIA Y QUE ASUMO EL RIESGO DE LA PRESENTACIÓN DE EVENTUALIDADES, COMPLICACIONES O ACCIDENTES DURANTE LOS PROCESOS MÉDICOS, PREQUIRÚRGICOS, QUIRÚRGICOS Y POSTOPERATORIOS.

**TERCERA:** DEJÓ CONSTANCIA DE QUE EXIMO DE TODA RESPONSABILIDAD A LA UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS Y A LOS MÉDICOS VETERINARIOS TRATANTES POR LAS EVENTUALIDADES QUE SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE PUEDAN SOBREVENIR COMO CONSECUENCIA DE MANIOBRAS MÉDICAS O MÉDICO-QUIRÚRGICAS APLICADAS BAJO LAS CONDICIONES RUTINARIAS DE ATENCIÓN AL PACIENTE.

**CUARTA:** SI EL ANIMAL ESTÁ AMPARADO POR UNA PÓLIZA DE SEGURO, LA UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS, RECIBIRÁ LA AUTORIZACIÓN CORRESPONDIENTE EXPEDIDA POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PARA QUE SEA SOMETIDO AL MANEJO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO, SI A ELLO HUBIERE LUGAR. EN ESTE CASO, LA AUTORIZACIÓN FORMA PARTE INTEGRAL Y COMPLEMENTARIA DEL PRESENTE DOCUMENTO.

**QUINTA:** SI DESPUÉS DE OCHO (8) DÍAS HÁBILES DE HABER SIDO DADO DE ALTA EL PACIENTE, Y EN ESE LAPSO DE TIEMPO NO HE CANCELADO LOS COSTOS OCASIONADOS, O NO HE RETIRADO AL PACIENTE DE LAS INSTALACIONES DEL CENTRO CLÍNICO VETERINARIO, AUTORIZO EXPRESAMENTE AL CENTRO CLÍNICO VETERINARIO DE LA UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS, PARA QUE DISPONGA DE ÉL, SEGÚN LO CONSIDERE CONVENIENTE, PODRÉ SER NOTIFICADO DE LOS ASUNTOS RELACIONADOS AL SIGUIENTE CORREO ELECTRÓNICO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DIRECCION\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En Constancia Firmo La Presente Acta Hoy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ De 202\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA USUARIO DE SERVICIO

Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_