**CENTRO CLINICO VETERINARIO**

CIUDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA Y HORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

USUARIO DEL SERVICIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CÉDULA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OCUPACIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**QUE DECLARA TENER PLENO DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE:**

NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_H.C\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESPECIE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RAZA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SEXO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_EDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COLOR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MANIFIESTO QUE HE RECIBIDO Y ENTENDIDO LA INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO SEDACIÓN / TRANQUILIZACIÓN**

Con el fin de realizar el siguiente procedimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En calidad de propietario(a) del animal plenamente identificado al inicio del presente documento declaro que:

1. La información descrita por mi sobre los datos del propietario/usuario, reseña del paciente, datos sobre su estado de salud, junto con los antecedentes médicos soportados en la anamnesis de la historia clínica son reales, y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad.
2. El paciente fue valorado idóneamente por un médico veterinario del Centro Clínico Veterinario (CCV) de la Universidad de los Llanos, el cual me ha interrogado sobre el estado de salud del paciente, y ha realizado un examen clínico detallado al mismo en donde me ha informado de forma clara y con el cual he aclarado oportunamente las dudas sobre el procedimiento.
3. He sido informado(a) sobre los riesgos, consecuencias y efectos colaterales inherentes y relacionados con el evento de sedación como son, reacciones anafilácticas a medicamentos, paro respiratorio, paro cardiaco, y en casos infrecuentes la muerte (amparado en el artículo 23, capítulo II de la Ley 576 de 2000).
4. Comprendo que en todo procedimiento médico/quirúrgico invasivo existen complicaciones individuales y situaciones deletéreas extraordinarias y sé que, en caso de aparición de complicaciones, los médicos veterinarios del CCV de la Universidad de los Llanos están capacitados para intentar solucionarlas dentro de las condiciones profesionales de la medicina veterinaria y por lo tanto exonero al personal médico del CCV de cualquier responsabilidad.
5. Como propietario del animal y usuario del servicio que presta el CCV asumiré todos los costos derivados de la realización de dicha intervención. Y debo haber pagado mínimo el 70% del procedimiento antes de que este se realice.
6. En caso de que el paciente fallezca en el CCV de la Universidad de los Llanos autorizo \_\_\_\_o declino \_\_\_\_\_ la disposición final del cadáver y en caso tal autorizo \_\_\_\_\_ declino \_\_\_\_\_ su traslado a unidades o laboratorios de la Universidad (Necropsia/histopatología, Anatomía, entre otros) para fines académicos.

**Nota: En caso de declinación de la disposición final debo retirar el animal de las instalaciones de la Universidad. La donación del cuerpo del animal para fines académicos cubre el 70% del valor total de la disposición del animal, por lo cual se debe realizar el pago del 30% restante (Resolución Rectoral 1059 de 2021)**.

1. Ante cualquier alteración y/o anormalidad que se presente en el paciente posterior al procedimiento de sedación del CCV de la Universidad de los Llanos, lo comunicaré detalladamente y de carácter urgente al médico tratante.
2. Antes de retirar el paciente, debo estar a PAZ Y SALVO bajo todo concepto con el CCV y debo presentar la boleta de salida autorizada por recepción en portería al momento de retirarme del campus universitario.
3. En caso de rechazar la realización del procedimiento descrito, acepto y me adjudico toda la responsabilidad por la aparición de cualquier riesgo y/o consecuencia que esto pueda generar.
4. En calidad de propietario del paciente dando uso de mis facultades, de manera libre y voluntaria, luego de haber leído y comprendido lo consignado en este documento, autorizo (\_\_\_) / desapruebo (\_\_\_) al Médico veterinario del Centro Clínico Veterinario de la Universidad de los Llanos, junto a su equipo de trabajo, a realizar el procedimiento quirúrgico aquí descrito.
5. Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con matrícula profesional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario, la información sobre el procedimiento aquí descrito, y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su aprobación/desaprobación para llevarlos a cabo.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Propietario / Usuario Nombre MV:

CC: CC:

 MP: