



AUTORIZACION DE ESTERILIZACIÓN

Fecha _____

DATOS DEL PROPIETARIO:

Nombre: _____

Dirección: Reg. ó Sm: _____, Mza: _____, Lt: _____, No: _____

Calle: _____ Telefono: _____ Fracc. _____

DATOS DE LA MASCOTA

Especie: _____

Nombre: _____

Raza: _____

Edad: _____

Color: _____

Sexo: _____

VACUNAS	Si	No	Fecha
DESPARACITACION			
ANTIRRABICA			

SEÑAS PARTICULARES _____

Autorizo que mi mascota sea intervenida quirúrgicamente, deslindando de cualquier responsabilidad a la **Dirección de Protección y Bienestar Animal y al Médico Veterinario que la practica**, ya que se realizará la cirugía sin análisis clínicos previos.

En caso de que la mascota presente alguna enfermedad, le notificaré al Médico Veterinario dándome por enterado que cubriré los gastos extras que esto genere.

Así mismo, me comprometo a seguir las indicaciones del Médico Veterinario referente a los cuidados postoperatorios.

Debo recoger a mi mascota el _____ a las _____ hrs. y de no Cumplir con la fecha y horario /estipulado, cubriré los gastos de pensión y/u hospitalización que se generen.

A U T O R I Z O

NOMBRE Y FIRMA