AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Dora Ligia Silva S identificado con el número de cedula 20633297 propietario y/o responsable de la mascota de nombre COCO, raza Meztizo Especie Canina edad 1 año manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento Castración y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Dora silva
Firma del Propietario
CC 20633297
Teléfono 3202165088
Dirección Calle 4 # 4/0 Galomvajo

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Dora Ligia Silva S identificado con el número de cedula 20633297 propietario y/o responsable de la mascota de nombre COCO, raza Meztiza Especie Canina edad 1 año manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Dora silva
Firma del Propietario
CC 20633297
Teléfono Dirección 3202165088

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Angie Gonzalez identificado con el número de cedula 1072749649 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Zeus, raza Criolla Especie Canino edad 2 años manifiesto, que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento Castracion, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Angie Gonzalez
Firma del Propietario
cc 1072749649
Teléfono 3204616879
Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Angie Gonzalez identificado con el número de cedula 1072749649 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Zeus, raza Criolla Especie Canino y edad 2 años manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Angie Gonzalez
Firma del Propietario
cc 1072749649
Teléfono Dirección 3204616879

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Leidy Rodriguez identificado con el número de cedula 1072744148 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Princesa, raza Mestizo Especie Canino y edad 3 m, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento QVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado especifico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

x Leidy Rodriguez
Firma del Propietario
CC 1072744148
Teléfono 3203561565
Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Leidy Rodriguez identificado con el número de cedula 1072744148 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Princesa, raza Mestizo Especie Canino y edad 3 m, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado especifico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

x Leidy Rodriguez
Firma del Propietario
CC 1072744148
Teléfono Dirección 3203561565

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Tatiana Rojas identificado con el número de cedula 1072748283 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Kira, raza Mestizo Especie Canino y edad 3 años manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Tatiana Rojas
Firma del Propietario
CC 3204008589
Teléfono 1072748283
Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Tatiana Rojas identificado con el número de cedula 1072748283 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Kira, raza _____ Especie Canino y edad 3 años manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Tatiana Rojas
Firma del Propietario
CC 1072748283
Teléfono Dirección 3204008589

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Tatiana Rojas identificado con el número de cedula 1072748283 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Mia, raza c/pitbull Especie canino edad 18 M, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

x Tatiana Rojas
Firma del Propietario
cc 1748 1072748283
Teléfono 3204008589
Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Tatiana Rojas identificado con el número de cedula 1072748283 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Mia, raza c/pitbull Especie canino edad 18 M., manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

x Tatiana Rojas
Firma del Propietario
cc 1072748283
Teléfono Dirección 3204008589.

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, _____ de _____ 20_____

Yo Natalia Alvarez identificado con el número de cedula 1033703087 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Kiara, raza Hezkiro Especie Canino y edad 4 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento DVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario
CC 1033703087
Teléfono
Dirección 3204739062

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Natalia Alvarez identificado con el número de cedula 1033703087 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Kiara, raza Hezkiro Especie Canino y edad 4 A., manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario
CC 1033703087
Teléfono Dirección 3204739062.

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Floralba Gonzalez identificado con el número de cedula 20634389 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Jasper, raza Atigrado Especie Felino y edad 8 M., manifiesto, que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento Castracion, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado especifico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Floralba Gonzalez
Firma del Propietario
cc 20634389
Teléfono 3192594092
Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Floralba Gonzalez identificado con el número de cedula 20634389 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Jasper, raza Atigrado Especie Felino y edad 8M, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado especifico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Floralba Gonzalez
Firma del Propietario
cc. 20634389
Teléfono Dirección 3192594092

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Hyriam Dulce identificado con el número de cedula 51651785 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Vacky, raza Mestizo Especie canino edad 1 año manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X

Firma del Propietario
cc 51651785
Teléfono 3107315582
Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Hyriam Dulce identificado con el número de cedula 51651785 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Vacky, raza Mestizo Especie canino edad 1 año manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X

Firma del Propietario
cc 51651785
Teléfono Dirección 3107315582

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Sandra Tinjacá identificado con el número de cedula 39812839 propietario y/o responsable de la mascota de nombre BOXY, raza Mestizo Especie Canino edad 6M, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento Castración, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Sandra Tinjacá
Firma del Propietario
CC 39812839
Teléfono 3103027481.
Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Sandra Tinjacá identificado con el número de cedula 39812839 propietario y/o responsable de la mascota de nombre BOXY, raza Mestizo Especie Canino edad 6M., manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Sandra Tinjacá
Firma del Propietario
CC 39812839
Teléfono Dirección 3103027481

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Maria Nelda Florez identificado con el número de cedula 51961328 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Lola, raza Coker Especie Canina edad 3A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento DVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X
Firma del Propietario
cc 51961328
Teléfono
Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Maria Nelda Florez identificado con el número de cedula 51961328 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Lola, raza Coker Especie Canina edad 3A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X
Firma del Propietario
cc 51961328
Teléfono Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Sonia A. Avila identificado con el número de cedula 28798328 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Nina, raza criolla Especie canino y edad 2 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Sonia Avila
Firma del Propietario
cc 28798328
Teléfono
Dirección 3118393437

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Sonia A. Avila identificado con el número de cedula 28798328 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Nina, raza criolla Especie canino y edad 2 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Sonia Avila.
Firma del Propietario
cc 28798328
Teléfono Dirección
3118393437

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Sonia A. Avila identificado con el número de cedula 28798328 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Nina, raza criolla Especie canino y edad 2 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Sonia Avila
Firma del Propietario
cc 28798328
Teléfono
Dirección 3118393437

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Sonia A. Avila identificado con el número de cedula 28798328 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Nina, raza criolla Especie canino y edad 2 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Sonia Avila.
Firma del Propietario
cc 28798328
Teléfono Dirección
3118393437

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Sonia A Ariza identificado con el número de cedula 28798328 propietario y/o responsable de la mascota de nombre AVA., raza Labrador Especie Canino edad 5A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Sonia Ariza
Firma del Propietario
cc 28798328
Teléfono
Dirección 3118393437

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Sonia A Ariza identificado con el número de cedula 28798328 propietario y/o responsable de la mascota de nombre AVA, raza Labrador Especie Canino edad 5A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Sonia Ariza.
Firma del Propietario
cc 28798328
Teléfono Dirección 3118393437

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Argelia Ruiz identificado con el número de cedula 39811242 propietario y/o responsable de la mascota de nombre NEA, raza Mestizo Especie Canino edad 3A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Argelia Ruiz
Firma del Propietario
cc 39811242
Teléfono
Dirección 3212322414

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Argelia Ruiz identificado con el número de cedula 39811242 propietario y/o responsable de la mascota de nombre NEA, raza Mestizo Especie Canino edad 3A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Argelia Ruiz
Firma del Propietario
cc 39811242.
Teléfono Dirección 3212322414

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Rodrigo Aguilar identificado con el número de cedula 79002434 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Logan, raza Fibro Especie Canino y edad 5A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento Castracion, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Rodrigo Aguilar
Firma del Propietario
cc 79002434
Teléfono
Dirección 3203430725

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Rodrigo Aguilar identificado con el número de cedula 79002434 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Logan, raza Fibro Especie Canino y edad 5A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Rodrigo Aguilar
Firma del Propietario
cc 79002434
Teléfono Dirección 3203430725

Huella Indice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Camila Camacho identificado con el número de cedula 1003684573 propietario y/o responsable de la mascota de nombre OREO, raza Mestizo Especie Felino y edad 1 A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento castración y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Camila León
Firma del Propietario
cc 1003684573
Teléfono
Dirección 3204540986

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Camila Camacho identificado con el número de cedula 1003684573 propietario y/o responsable de la mascota de nombre OREO, raza Mestizo Especie Felino y edad 1A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Camila León
Firma del Propietario
cc 1003684573
Teléfono Dirección 3204540983

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 2023

Yo Angie I Sarmiento identificado con el número de cedula 1072752024 propietario y/o responsable de la mascota de nombre JACK, raza Mestizo Especie Felino y edad 7 m, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento Castracion y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado especifico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Karen Ramirez
Firma del Propietario
cc 1072752024
Teléfono
Dirección 3219533465

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 25 de 10 2023

Yo Angie I Sarmiento identificado con el número de cedula 1072752024 propietario y/o responsable de la mascota de nombre JACK, raza Mestizo Especie Felino y edad 7 m, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado especifico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Karen Ramirez
Firma del Propietario
cc 1072752024
Teléfono Dirección 3219533465

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Gilberto Acero identificado con el número de cedula 79001466 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Kathia, raza Mestizo Especie canino edad 6M, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

x Gilberto Acero
Firma del Propietario
cc 79001466
Teléfono
Dirección 3204788780.

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Gilberto Acero identificado con el número de cedula 79001466 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Kathia, raza Mestizo Especie canino edad 6M, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

x Gilberto Acero
Firma del Propietario
cc 79001466
Teléfono Dirección 3204788780

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Lina Cuadros identificado con el número de cedula 1072752276 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Yanpos raza Mestizo Especie canino edad 7A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Lina Cuadros
Firma del Propietario
CC 1072752276
Teléfono 3158490253
Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Lina Cuadros identificado con el número de cedula 1072752276 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Yanpos raza Mestizo Especie canino edad 7A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Lina Cuadros
Firma del Propietario
CC 1072752276
Teléfono Dirección 3158490353

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Lina Cuadros identificado con el número de cedula 1072752276 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Sombra, raza Mestizo Especie Felino y edad 5M, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Xlina Cuadros
Firma del Propietario
cc 1072752276
Teléfono
Dirección 3158190353

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Lina Cuadros identificado con el número de cedula 1072752276 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Sombra raza Mestizo Especie Felino edad 5M, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Xlina Cuadros
Firma del Propietario
cc 1072752276
Teléfono Dirección 3158190353

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Patricia Rueda identificado con el número de cedula 1072744389 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Tommy, raza Mestizo Especie Felino edad 4M, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento _____, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Patricia R.
Firma del Propietario
CC 1072744389
Teléfono 3123236597
Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Patricia Rueda identificado con el número de cedula 1072744389 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Tommy raza Mestizo Especie Felino edad 4M, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

X Patricia R.
Firma del Propietario
CC 1072744389
Teléfono Dirección 3123236597

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Blanca Rueda identificado con el número de cedula 20407276 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Negra, raza Schauser Especie Canina edad 4A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento DVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario
CC 20407276
Teléfono 321 2498355
Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Blanca Rueda identificado con el número de cedula 20407276 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Negra, raza Schauser Especie Canina edad 4A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario
CC 20407276
Teléfono Dirección 3212498355

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas 25 de 10 20 23

Yo Kelly Morcada identificado con el número de cedula 1072748614 Propietario y/o responsable de la mascota de nombre Juna, raza Pastor Especie Canina edad 8A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más difícultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

xKelly Morada
Firma del Propietario
cc 1072748614
Teléfono 3208321456
Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas 25 de 10 20 23

Yo Kelly Morcada identificado con el número de cedula 1072748614 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Juna, raza Pastor Especie Canina edad 8A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anteriormente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

xKelly Morcada
Firma del Propietario
cc 1072748614
Teléfono Dirección 3208321458

Huella índice derecho

Kelly Morcada
Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Ana A. Valbuena identificado con el número de cedula 39811244 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Hila, raza Mestizo Especie felino edad 6 M., manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más difícultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

x Ana V.
Firma del Propietario
cc 39811244
Teléfono 3102762249
Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Ana A Valbuena identificado con el número de cedula 39811244 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Hila, raza Mestizo Especie felino y edad _____, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

x Ana V.
Firma del Propietario
cc 39811244
Teléfono Dirección 3102762249

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Lis Bernal identificado con el número de cedula 1072750034 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Hily, raza Mestizo Especie felino edad 9M, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario
CC 1072750034
Teléfono
Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Lis Bernal. identificado con el número de cedula 1072750034 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Hily, raza Mestizo Especie felino edad 9M, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario
CC 1072750034
Teléfono Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas 25 de 10 20 23

Yo Flor M. Zuniga identificado con el número de cedula 20632797 propietario y/o responsable de la mascota de nombre JANA, raza Mestizo Especie Canino y edad 1A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario
CC 20632797
Teléfono 3113807768
Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas 25 de 10 20 23

Yo Flor M. Zuniga, identificado con el número de cedula 20632797 propietario y/o responsable de la mascota de nombre JANA, raza Mestizo Especie Canino edad 1A, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Firma del Propietario
CC 20632794
Teléfono Dirección 3113802768

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Sandra Alzate identificado con el número de cedula 29832884 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Nalita, raza Hembra especie Canino edad 9M, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento OVH, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Sandra Alzate
Firma del Propietario
cc 29832884
Teléfono
Dirección 3112901848

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA

Guaduas, 25 de 10 20 23

Yo Sandra Alzate identificado con el número de cedula 29832884 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Nalita raza Hembra Especie Canino edad 9M, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Sandra Alzate
Firma del Propietario
cc 29832884 3112901848
Teléfono Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de 10 2023

Yo Nataly Ramirez identificado con el número de cedula 1009232?8 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Luna, raza criolla Especie canino y edad 2, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento ____________, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Mayerly R.
Firma del Propietario
C.C
Teléfono
Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de 10 2023

Yo Nataly Ramirez identificado con el número de cedula 1007232?8 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Luna, raza criolla Especie can y edad 2, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Mayerly R.
Firma del Propietario
C.C
Teléfono Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

27

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de Octubre 2023

Yo Patricia Mora identificado con el número de cedula 39813250 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Panchita, raza Caley Especie Felina y edad 3 meses manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento _____, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Patricia Mora
Firma del Propietario
CC 39813240
Teléfono
Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de Octubre 2023

Yo Patricia Mora identificado con el número de cedula 39813250 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Panchita raza Caley Especie Felina y edad 3 meses, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Patricia Mora
Firma del Propietario
CC 39813240
Teléfono Dirección

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de Oct 2023

Yo Patricia Rueda identificado con el número de cedula 1072 744 389 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Ramon, raza Criolla Especie Felino y edad 2 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento Castrado, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Patricia Rueda
Firma del Propietario
cc 1072744389
Teléfono 3123236597
Dirección Mirador

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de Oct 2023

Yo Patricia Rueda identificado con el número de cedula 1072744389 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Ramon, raza criollo Especie felino y edad 2 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Patricia Rueda
Firma del Propietario
cc 1072744389
Teléfono Dirección Mirador
3123236597

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner

30

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE GUADUAS

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO

Guaduas, 25 de oct 20 23

Yo Eloisa Fernandez identificado con el número de cedula 20631322 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Pacheco, raza mestizo Especie Felino y edad 10 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del procedimiento castración, y teniendo en cuenta que no se toman exámenes de laboratorio y el procedimiento y recuperación pueden ser más dificultosos, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente a realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente de los riesgos propios del procedimiento, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Eloisa Fernandez 20631322
Firma del Propietario
CC 20631322
Teléfono 3114588189
Dirección Golan alto

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

AUTORIZACIÓN DE ANESTESIA.

Guaduas, 25 de oct 20 23

Yo Eloisa Fernandez identificado con el número de cedula 20631322 propietario y/o responsable de la mascota de nombre Pacheco, raza mestizo Especie Felino y edad 10 años, manifiesto que una vez se me han manifestado los riesgos propios del cualquier procedimiento con anestesia general, AUTORIZO al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente para realizar los procedimientos medico quirúrgicos que requiera mi mascota.

Así mismo manifiesto ser consiente que la obligación de los profesionales de la medicina veterinaria es de medios y no de resultados. Lo anterior implica que cada miembro del personal de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente está comprometido a utilizar todos sus conocimientos técnicos en procura del bienestar de mi mascota de conformidad con la normativa aplicable, pero no puede garantizar un resultado específico. En este sentido, reconozco que todos los esfuerzos del personal médico veterinario tienen la intención de estabilizar, recuperar y, en los casos posibles buscar una cura para mi mascota y por ende no busca el prejuicio de esta.

En consecuencia, declaro libremente que soy consciente y conozco los riesgos propios del procedimiento bajo anestesia general que fueron anterior mente informados por el personal médico veterinario, y en caso de materializarse por una eventualidad, en virtud de sus obligaciones de medios y su constante esfuerzo por el bienestar y la salud del paciente en mención, libero al personal médico de la Secretaría de Agricultura y Medio Ambiente de toda responsabilidad legal.

Eloisa Fernandez
Firma del Propietario
CC 20631322 Golan alto
Teléfono Dirección 3114588189

Huella índice derecho

Firma del Médico Veterinario
T.P. No.

Powered by CamScanner