



Consejo Profesional de Médicos Veterinarios

LEY NACIONAL N° 14.072

Pasco 760 – C1219ABF – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

cpmv.org.ar | cpmv@medvet.info | (011) 5235-1683 / 4941-0552

AUTORIZACION QUIRURGICA

El Tenedor Responsable (TR) del paciente quirúrgico reconoce como correctos los siguientes datos identificatorios:

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombre: _____ Apellido _____

Domicilio: _____ N° _____ Piso: _____ Dto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____ País: _____

Documento: _____ Email: _____ Teléfono: _____

DATOS DEL ANIMAL (PACIENTE QUIRURGICO)

-Canino -Felino -Otros (especificar) _____ -Macho -Hembra -Castrado

Raza: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Peso: _____

Identificación: _____ Pelaje: -Corto -Mediano -Largo. Color: _____

El TR autoriza al médico veterinario y a su equipo profesional a que se intervenga quirúrgicamente a su animal.

DATOS DEL PROFESIONAL VETERINARIO (RESPONSABLE DE LA CIRUGÍA)

Nombre: _____ Apellido: _____ Matrícula N° _____

Domicilio: _____ N° _____ Piso: _____ Dto.: _____

CABA, Buenos Aires, Argentina.

Antecedentes y especificaciones del procedimiento:

ANALISIS PREQUIRURGICO: -Sangre, -Orina, Electrocardiograma, Otros: _____

CIRUGIA INDICADA:

COMPLICACIONES Y RIESGOS INTRA Y POST OPERATORIOS:

INDICACION DE INTERNACION: SI NO.

INDICACIONES POSTQUIRURGICAS POR EXTERNACION:

El TR otorga el consentimiento y autoriza al médico veterinario citado en el párrafo anterior, dejando constancia de:

