



## 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 DE SUJECIÓN – SEDACIÓN QUÍMICA

El Tenedor Responsable (TR) del paciente 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 PACIENTE

-Canino -Felino -Otros (especificar) \_\_\_\_\_ -Macho -Hembra -Castrado

Raza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg.

Identificación: \_\_\_\_\_ Pelaje:  -Corto  -Mediano  -Largo Color: \_\_\_\_\_

El Tenedor Responsable autoriza al médico veterinario y a su equipo profesional a que se efectúe la sujeción - sedación a su animal.

#### DATOS DEL PROFESIONAL VETERINARIO (RESPONSABLE DE LA SUJECIÓN – SEDACIÓN QUÍMICA)

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Matrícula N° \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dto.: \_\_\_\_\_

CABA, Buenos Aires, Argentina.

**TIPO DE SEDACION O ANESTESIA:**  Inhalatoria  Parenteral.

#### DROGAS Y DOSIS APLICADAS:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

#### POSIBLES COMPLICACIONES Y RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO:

---

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

- Haber tomado conocimiento del procedimiento de sujeción – sedación química que se le realizará a su animal, quedando satisfactoriamente informado de los pormenores de la misma, así como los objetivos médicos veterinarios perseguidos, ya sean terapéuticos y/o exploratorios.
- Haber tomado conocimiento de las complicaciones y/o accidentes que pudieran acontecer durante la sujeción – sedación química y posterior a la misma.
- Haber autorizado al profesional veterinario a modificar la conducta preestablecida e informada cuando mediaren razones médicas, con el objeto de preservar la vida y la salud futura del paciente quirúrgico.



## 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

- Haber tomado conocimiento del tipo de anestesia a utilizar, así como los riesgos y eventuales complicaciones de la misma. El TR, con su firma, aclaración y documento, certifica haber leído, comprendido y aceptado todo lo expuesto en el presente certificado.

---

Firma

Aclaración

Documento

Por la presente, certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento propuesto y me he ofrecido a contestar cualquier pregunta.

Se certifica que el Sr/Sra. \_\_\_\_\_ ha comprendido lo explicado.

---

Firma y sello del veterinario

Aclaración

Matrícula