**CONSENTIMIENTO DE INFORMADO DE TRATAMIENTO**

El/la Dr/a.: Matrícula Nº: ,  
pone en conocimiento del tenedor responsable/tutor del paciente, el plan de tratamiento indicado para alcanzar los objetivos para el caso en particular.

El presente consentimiento compromete directamente al tenedor responsable/tutor del paciente en el cumplimiento del tratamiento, ya que el animal requerirá de controles y citas periódicas de los cuales depende la eficacia del mismo.

Si estando en curso de tratamiento el paciente no concurre a sus controles o citas, en más de una oportunidad, esto implicará un abandono del tratamiento por parte del tenedor responsable/tutor, lo cual eximirá de todo tipo de responsabilidad al profesional tratante.

Los controles serán llevados a cabo por el profesional firmante o aquel colega que él disponga en caso de no poder hacerlo él mismo.

Dentro de los tratamientos eventualmente puede haber retrocesos, reacciones o efectos adversos.

Manifiesto haber tomado conocimiento de todo lo expresado anteriormente y presto conformidad al tratamiento que se le realizará a mi animal.

**DATOS DEL ANIMAL (PACIENTE) ////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////**

Nombre:

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

Raza: Fecha de nacimiento: / / Peso:

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

**ENTREGAR COPIA A TUTOR Y AL PROFESIONAL**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de de

Firma del Tutor

Aclaración

DNI