



Mineral de la
Reforma
Ciudad de la Común

**Presidencia Municipal de
Mineral de la Reforma, Hidalgo.**

**CENTRO DE
CONTROL CANINO**



Datos del Propietario (solo mayores de 18 años)

FECHA : _____

Nombre: _____ Edad _____

Dirección _____

Telefono: _____ e-mail _____

Datos del animal:

Especie:   Sexo: Macho Hembra

Color: _____ Talla Mini Chi Med Gde Exgde

Peso aproximado en Kg según la talla del animal: _____

Condicion corporal

1. Muy delgado

20% por debajo del peso ideal

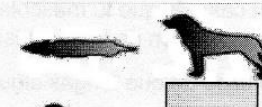


2 Delgado

Entre el 10 - 20 % por debajo del peso ideal



3 Ideal



4. Sobrepeso

20 % encima de su opeso ideal



5. Obeso

40 % por encima de su peso ideal



Nombre: _____ Edad _____ años _____ meses Raza: _____

Vacunación Antirrábica Vigente

Si No

Tranquilizantes y Anestésicos utilizados

Medicamento Clorhidrato de Xilacina _____ % Tiletamina/Zolazepan _____ Otro _____

Lote/Caducidad _____

Militos Utilizados _____

Adscripcion del Medico Veterinario que realizo la cirugia:

SSH Estatal Autoridad Local Municipio Grupos de la comunidad ONG's

Jurisdiccional CdAC CMVZ

Conclusión del proceso de esterilización

Sin complicaciones

Con complicaciones

¿Cuales fueron? _____

Deceso del animal

¿Causa? _____

¿Por que medio se entero de la campaña?

Perifoneo Volante Cartel Platica Radio Redes sociales Facebook Twitter

Certifico que los datos anteriores son veraces y que autorizo plenamente a los Medicos Veterinarios participantes en esta campaña a realizar la esterilización quirurgica del animal que se describe, estando consiente de los riesgos que implica la utilizacion de anestesia general, asi como la práctica misma de la cirugia, asumiendo que se hace una valoracion general clinica del animal, liberando de cualquier responsabilidad a los medicos veterinarios y a la institución a la que estan adscritos.

Asi mismo, asumo la responsabilidad de los cuidados posoperatorios indicados puntualmente por los medicos veterinarios para la adecuada recuperacion de mi perro ó gato, de igual manera me doy por enterado(a) de que al NO SER RECLAMADA MI MASCOTA despues del proceso quirurgico, sera considerada abandonada y quedara a disposicion de la autoridad competente, quie aplicara la laegislación que en la materia proceda liberandola de cualquier tipo de responsabilidad y comprometiendome de no ejercer ningun tipo de acción en su contra

Medico(a) Veterinario(a)

Nombre y Firma

Cedula Profesional: _____

Propietario(a) He leído y autorizo

Nombre y Firma

Identificación No: _____