

**FLORIDA KEYS SPCA DOGWOOD CLINIC**

Owners first name: _____ Owners last name: _____

Street address: _____

Email: _____ Contact number: _____

Pet name: _____ Age: _____ Breed: _____ Sex: _____ Color: _____

Is your pet in heat/pregnant? _____ If male, have both testicles descended? _____

Do you have a regular veterinarian? _____

Has your pet been ill or taken any medications in the past 30 days? _____

Does your pet have any known allergies to vaccines or medications? _____

I hereby request and authorize the Florida Keys Society for the Prevention of Cruelty to Animals, Inc. (FKSPCA) and its Florida State licensed veterinarian to perform an operation for the sterilization of the above animal on the date stated above and to vaccinate, treat and prescribe for the said animal as is deemed necessary. I agree to read and adhere to the guidelines of the post-operative discharge instructions and agree to provide proper care after surgery. I further understand and agree that FKSPCA and its veterinarian are not liable for present or pre-existing conditions of health and that although no previous vaccinations are required for this surgery my pet could be exposed to contagious diseases that could be prevented by proper vaccinations. I understand that FKSPCA and its veterinarian will not be held liable or responsible in any manner, or under any circumstances, on account of the care, treatment, or safekeeping of the animal or for any condition arising up to and including possible death. _____(initial) If in the course of treatment, a condition is discovered which requires immediate medical attention or an additional procedure (such as a hernia repair or IV fluid therapy), the attending veterinarian may, in his/her absolute discretion, perform such procedures, I consent to these procedures and will be responsible for any additional charges.

_____ (initial) If in the case that your pet is found with fleas there will be an additional charge at \$5 for treatment. _____ (initial) I understand that no preoperative blood work will be performed, unless requested, that may reveal increased risks to anesthesia or surgery. _____ (initial) Should the veterinarian discover that my animal is pregnant, I give my permission for that pregnancy to be terminated. _____ (initial) Should my male have an undescended testicle, an additional incision will be made which will be an additional fee depending on the location. _____ (initial) I authorize my animal to receive a permanent marking of spay or neuter near the surgery site. I understand this practice shows my animal has been altered for future recognition of surgery. _____ (initial)

Patients 7 years and older will be required to have pre surgical bloodwork at additional cost of \$150

Owners signature: _____ Date: _____

PLEASE SELECT FROM THE FOLLOWING SERVICES:

Feline	\$150	Rabies vaccine	Free
Canine under 50lbs	\$175	DA2PP (<i>Canine</i>)	\$10
Canine over 50lbs	\$225	Bordetella (<i>Canine</i>)	\$10
Cryptorchism (undescended testicle)	Varies	FVRCP (Feline)	\$10
Pre-surgical bloodwork	\$150	Heartworm test (<i>Canine</i>)	\$20
Hernia repair	Varies	FIV/FelV test (Feline)	\$20
Deciduous canine extraction (per tooth)	\$15	Microchip and registration	\$25
Soft Cone	\$25	Nail Trim	\$15
Flea, tick & heartworm prevention	Varies	Anal gland expression	\$15

**FLORIDA KEYS SPCA DOGWOOD CLINIC**

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección Física: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Nombre de Mascota: _____ Edad: _____ Raza: _____ Sexo: ____ Color: _____

Esta su mascota embarazada o en menstruación? _____

Ha estado su mascota enfermo/a o tomando medicamentos en los últimos 30 días? _____

Tiene conocimiento de alergias en su mascota o si es alérgico/a algún medicamento? _____

Por la presente solicito y autorizo a la Florida Keys Society for the Prevention of Cruelty to Animals, Inc. (FKSPCA) y su veterinario con licencia del estado de Florida para realizar una operación para la esterilización del animal mencionado en la fecha indicada anteriormente y para vacunar, tratar y prescribir para dicho animal según se considere necesario. Estoy de acuerdo en leer y cumplir con las pautas de las instrucciones de alta postoperatoria y estoy de acuerdo en proporcionar la atención adecuada después de la cirugía. Estoy utilizando el servicio para aprovechar este bajo costo y apoyar a esta organización en su esfuerzo por evitar el nacimiento de animales no deseados. Además, entiendo y acepto que FKSPCA y su veterinario no son responsables de las condiciones de salud actuales o preexistentes y que no se requieren vacunas previas, aunque mi mascota podría estar expuesta a enfermedades contagiosas que podrían prevenirse con las vacunas adecuadas. Entiendo que FKSPCA y su veterinario no serán responsables de ninguna manera, ni bajo ninguna circunstancia, por el cuidado, tratamiento o custodia del animal o por cualquier condición que surja de la posible muerte.

_____(inicial) Si, en el transcurso del tratamiento, se descubre una afección que requiere atención médica inmediata o un procedimiento adicional (como una reparación de hernia o una terapia de fluidos IV), el veterinario a cargo puede, a su absoluta discreción, realizar dichos procedimientos. Doy mi consentimiento a estos procedimientos y seré responsable de cualquier cargo adicional. _____(inicial) Si en el caso de que su mascota se encuentre con pulgas, habrá un cargo adicional de \$5 por el tratamiento. _____(inicial) Entiendo que no se realizarán análisis de sangre preoperatorios (mascotas menores de 5 años) que puedan revelar un mayor riesgo de anestesia o cirugía. _____(inicial) Si el veterinario descubre que mi animal está embarazada, doy mi permiso para que se termine ese embarazo. _____(inicial) Autorizo a mi animal a recibir una marca permanente de esterilización o castración cerca del sitio de la cirugía. Entiendo que esta práctica muestra que mi animal ha sido alterado para el reconocimiento futuro de la cirugía. _____(inicial)

El precio incluye el procedimiento quirúrgico, anestesia, monitoreo, collar electrónico si es necesario y analgésicos postoperatorios. * Pacientes de 7 años y mayores requerirse análisis de sangre prequirúrgicos por un adicional de \$ 150

Nombre y Firma: _____ Fecha: _____

Haga una marca de verificación junto a los artículos que desea para su mascota:

Perro de 50 libras o menos	\$175		Rabia	Free	
Perro de 50 libras o mas	\$225		DA2PP (Canina)	\$10	
Felina	\$150		Bordetella (Canina)	\$10	
Criptorquismo (testículo no descendido)	Varies		Prueba gusano del corazón (Canina)	\$20	
Análisis de sangre prequirúrgico	\$150		FVRCP (Felina)	\$10	
Reparación de hernia	Varies		Prueba de FeLV/ FIV (Felina)	\$20	
Extracción dental (por diente)	\$15		Corte de uñas	\$15	
Microchip (incluye registro)	\$25		Expresión glándula anal	\$15	