

 ALCALDÍA DE La Dorada	SECRETARIA DE PLANEACIÓN DIVISIÓN ADMINISTRATIVA DE MEDIO AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE	CODIGO: F-SP-DMA-1450-02
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	VERSIÓN: 001
		FECHA: 3-JULIO-2025

La Dorada (Caldas), DD ____ MM ____ AA ____

DATOS GENERALES DEL ANIMAL	
Nombre:	Especie:
Edad:	Raza:
Sexo:	Color:
Peso:	Esterilizado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

DATOS DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE	
Nombre:	Documento:
Dirección:	Teléfono:
SISBEN:	Otros:

Yo, _____ identificado con cedula de ciudadanía Nro. _____ de _____, en calidad de propietario o responsable de la mascota en mención. Con mi firma doy consentimiento voluntario al Albergue municipal "Alejandro Cardini" y/o al médico veterinario _____, identificado(a) con Cédula de ciudadanía número _____ de _____ y T.P. _____ de Comvezcol, para que la mascota reseñada anteriormente sea intervenida para el procedimiento bajo anestesia general sin la realización de exámenes pre quirúrgicos, en las condiciones que me han sido propuestas y he sido informado de las ventajas, desventajas y riesgos de dicho procedimiento, siendo estos los riesgos entre otros:

1. Los propios de la anestesia general en pacientes (Choque alérgico a las drogas anestésicas, paro cardiorrespiratorio, hemorragias internas).
2. Infecciones del sitio quirúrgico teniendo en cuenta factores intrínsecos y extrínsecos del paciente.
3. Rechazo o reacción al material quirúrgico.
4. Dehiscencia de la herida (abierto de la herida), por retiro con los dientes o movimientos exagerados de la mascota de los puntos de sutura.
5. Inflamación de la herida quirúrgica.

En casos especiales si se llegara a necesitar la reintervención del paciente se da por entendido que se otorga el consentimiento dado en el presente documento. Todo procedimiento anestésico lleva consigo el riesgo de muerte del animal, aun cuando este se lleve a cabo bajo los protocolos establecidos, bajo parámetros científicos, puesto que depende de la raza, del estado de salud del animal, la complejidad del procedimiento quirúrgico o el temperamento del animal, llevando a presentarse complicaciones imprevisibles como paro cardiaco y/o respiratorio, hasta una reacción anafiláctica grave a cualquier fármaco o excipiente del mismo, produciéndose de manera excepcional sin necesidad de existir negligencia por parte del médico veterinario cirujano o del equipo. Para el periodo de recuperación, el propietario se comprometerán a seguir las estrictamente las instrucciones médicas respecto al cuidado del animal en el hogar y traerlo durante el tiempo oportuno para su revisión.



ALCALDÍA DE
La Dorada

SECRETARÍA DE PLANEACIÓN
DIVISIÓN ADMINISTRATIVA DE MEDIO
AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CODIGO: F-SP-DMA-1450-02

VERSIÓN: 001

FECHA: 3-JULIO-2025

Con el fin de garantizar la integridad ética y profesional del veterinario encargado del presente procedimiento y dando cumplimiento a la ley 576 del 2000 que indica "... El médico veterinario o el médico veterinario zootecnista están en la obligación de comunicar al usuario de sus servicios el tipo de tratamiento, los riesgos y/o efectos adversos que genera su aplicación, así como la evolución, el pronóstico y los resultados del caso..." queda informado el propietario del animal de los riesgos del presente procedimiento.

Entiendo que el tratamiento o procedimiento quirúrgico que está a punto de practicársele a mi mascota es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médico-quirúrgicos de acuerdo con las normas médicas veterinarias necesarias. Al firmar este documento reconozco que lo he leído o que me ha sido leído y explicado, además que comprendo perfectamente su contenido y acepto la información indicada. Igualmente confirmo que se me ha dado amplia oportunidad de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas y explicadas de forma satisfactoria.

Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados de la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos y terapéuticos, en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiere mi mascota pueda comprometer la vida del animal, y que además se requiere mi atención y seguimiento de las recomendaciones hechas por el médico veterinario tratante; por lo que me comprometo a conseguir y administrar los medicamentos para el proceso postoperatorio, estipulados en la receta médica que se me entrega, para la continuación del tratamiento de la mascota, en mi lugar de residencia.

Sin más consideraciones,

Firma propietario/responsable	Firma médico(a) veterinario(a)

Elaboro: Paula Andrea Cifuentes López
Reviso: Carlos Alberto Arenas Rodríguez