

Fecha: \_\_\_\_\_

Formato 020

**DATOS DEL SOLICITANTE, PROPIETARIO Y/O POSEEDOR:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ No. Celular: \_\_\_\_\_

Manifiesto **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** y me obligo a lo siguiente:

- Aceptar de antemano los riesgos que normalmente implican una cirugía y el uso de anestesia general durante la misma.
- Permanecer en el lugar de la campaña, desde el registro y durante la cirugía hasta que el médico responsable autorice el alta de mi ejemplar.
- Seguir estrictamente las instrucciones que el Médico Veterinario responsable de la cirugía me señale para el cuidado POS-OPERATORIO de mi ejemplar.
- Presentar los estudios pre-operatorios de mi ejemplar antes de que sea intervenido quirúrgicamente y en caso de no ser presentados será bajo mi estricta responsabilidad por los daños causados.
- Conocer cuál es el tipo de cirugía que se le realizará a mi ejemplar, según corresponda a su sexo.
  - Machos: se les realiza orquiectomía (retiro de testículos)
  - Hembras: se les realiza ovario-histerectomía (retiro de ovarios y útero)
  - Y/o alguna otra intervención quirúrgica a realizarse.

Hago **CONSTAR** haber leído y **ENTENDIDO** la presente responsiva de autorización para el procedimiento quirúrgico antes mencionado, sus ventajas, desventajas y posibles complicaciones y en caso de una muerte accidental durante y/o posterior a la intervención quirúrgica no reclamaré ni fincaré responsabilidad al Médico Veterinario Zootecnista que realizó dicho procedimiento quirúrgico.

Por lo tanto, acepto y reafirmo haber entendido todo lo antes mencionado y por este medio **AUTORIZO** que se realice el procedimiento quirúrgico a mi ejemplar que a continuación se describe:

Nombre: \_\_\_\_\_ Especie: Canideo ( ) Felino ( ) ; Sexo: Macho ( ) Hembra ( )  
Raza: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Tamaño G ( ) M ( ) CH ( )  
Estudios pre-operatorios: Si ( ) No ( ) Hora de inicio del ayuno: \_\_\_\_\_ Vacunado (SI) (NO)  
Desparasitado: (SI) (NO); Autoriza Tatuaje: (SI) (NO)

\_\_\_\_\_  
Propietario y/o poseedor

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del MVZ Responsable  
Cédula profesional: \_\_\_\_\_

**AVISO DE PRIVACIDAD:** El Instituto Moreliano de Protección Animal, es el responsable de la protección y el tratamiento de los datos personales recabados a través del presente formato, los cuales serán utilizados para los fines establecidos en el mismo. De conformidad con lo establecido en los artículos 2 y 4 de la Ley de Derechos, el Bienestar y Protección de los Animales en el Estado de Michoacán de Ocampo y con la finalidad de aplicar las leyes y reglamentos en materia de Protección Animal vigentes, para una tenencia responsable. No será transferido ningún otro dato personal, salvo en los supuestos establecidos por los artículos 14, 18 y 66 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Michoacán de Ocampo; así como para la investigación y persecución de delitos. Consulta los avisos de privacidad integral en el siguiente link: <https://www.morelia.gob.mx/transparencia/>