

Rocky Gorge Animal Hospital  
7515 Brooklyn Bridge Road  
Laurel, MD 20707  
Main: 301-776-7744 Fax: 301-776-1575  
rgah@rockygorgevet.com

## Anesthetic Procedure Consent Form Formulario de Consentimiento para el Procedimiento Anestésico

Nombre del Propietario/Client Name: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente/Patient's Name: \_\_\_\_\_  
Fecha/Date: \_\_\_\_\_

**\*Por favor, proporcione un número de teléfono(s) donde pueda ser contactado en TODO momento mientras su mascota esté bajo nuestro cuidado.**

**\*Please provide a phone number(s) where you may be reached at ALL times while your pet is in our care.**

Números de contacto de emergencia:  
Emergency contact phone numbers: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

### Procedimiento(s) a realizar/Procedure(s) to be performed:

- |                                                                       |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Esterilizar/Spay                             | <input type="checkbox"/> Castrar/Neuter                          |
| <input type="checkbox"/> Dental/Dental                                | <input type="checkbox"/> Vejiga/Cystotomy                        |
| <input type="checkbox"/> Eliminación Masiva/Mass/Growth Removal       | <input type="checkbox"/> Esplenectomía/Splenectomy               |
| <input type="checkbox"/> Exploratoria/Exploratory                     | <input type="checkbox"/> Reparación de fracturas/Fracture Repair |
| <input type="checkbox"/> Reparación de laceraciones/Laceration Repair | <input type="checkbox"/> Amputaciones/Amputation                 |
| <input type="checkbox"/> Reparación de cruces/Cruciate Repair         |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Otra/Other: _____                            |                                                                  |

### Autorización y Evaluación de Riesgos:

#### ***Authorization and Risk Assessment:***

Autorizo anestesia y cirugía para mi mascota. Me han explicado la naturaleza y los riesgos de este procedimiento. Entiendo que existen algunos riesgos con la anestesia y/o la cirugía. Mi firma en este formulario de consentimiento indica que todas las preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Autorizo a Rocky Gorge Animal Hospital a realizar diagnósticos, tratamientos o procedimientos adicionales que se consideren necesarios para complicaciones médicas o quirúrgicas o circunstancias imprevistas. Si bien Rocky Gorge Animal Hospital brinda la más alta calidad de servicios quirúrgicos y de monitoreo anestésico, entiendo que existen complicaciones raras asociadas con cualquier procedimiento anestésico o quirúrgico. No se me ha otorgado ninguna garantía en cuanto a los resultados o curación brindados por estos tratamientos o procedimientos.

Entiendo completamente estos riesgos y entiendo que el veterinario y el personal del hospital intentarán minimizarlos. No responsabilizaré a Rocky Gorge Animal Hospital, a los veterinarios ni a ningún miembro del personal por las complicaciones que puedan surgir.

*I authorize anesthesia and surgery for my pet. The nature and risks of this procedure(s) have been explained to me. I understand that some risks exist with anesthesia and/or surgery. My signature on this consent form indicates that any questions have been answered to my satisfaction.*

Nombre del Propietario/Client Name: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente/Patient's Name: \_\_\_\_\_

*I authorize Rocky Gorge Animal Hospital to perform additional diagnostic, treatment, or procedure(s) deemed necessary for medical or surgical complications or otherwise unforeseen circumstances. While Rocky Gorge Animal Hospital provides the highest quality of anesthetic monitoring and surgical services, I understand that there are rare complications associated with any anesthetic or surgical procedure. No warranty or guarantee has been given to me as to the results or cure afforded by these treatments or procedures.*

*I fully understand these risks and understand that the veterinarian and hospital staff will try to minimize such risks. I will not hold Rocky Gorge Animal Hospital, the veterinarians, or any staff member liable for any complications that may arise.*

Mientras su mascota esté bajo nuestro cuidado, siempre queremos estar preparados con sus deseos. En caso de que su mascota sufra un paro cardíaco o respiratorio, necesitamos saber cómo le gustaría que procediéramos.

*While your pet is in our care, we always want to be prepared with your wishes. In the event your pet should go into cardiac or respiratory arrest, we need to know how you would like us to proceed.*

**Su mascota no será admitida en el hospital a menos que se seleccione una de las siguientes opciones a continuación/Your pet will not be admitted into the hospital unless one of the following options are selected below;**

**Realizar RCP/Perform CPR;** incluyendo ventilación manual, compresiones torácicas y medicamentos para restaurar el ritmo cardíaco. Entiendo que incurriré en todos los costos asociados con la realización de la RCP, independientemente del resultado.

*including manual ventilation, chest compressions, and medications to restore cardiac rhythm. I understand I will incur all costs associated with CPR performance, regardless of the outcome.*

**NO realizar RCP (DNR)/Do NOT perform CPR (DNR);** En caso de que mi mascota deje de respirar O su corazón deje de latir, NO intentar la reanimación ni ninguna otra medida para salvar la vida.

*In the event that my pet stops breathing OR his/her heart stops beating, DO NOT attempt resuscitation or any further lif saving measures.*

**POR FAVOR, PROPORCIONE SU FIRMA A CONTINUACIÓN SI HA LEÍDO Y ENTENDIDO COMPLETAMENTE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA Y ANESTESIA.**

**PLEASE PROVIDE YOUR SIGNATURE BELOW IF YOU HAVE READ AND FULLY UNDERSTAND THIS SURGERY AND ANESTHESIA CONSENT FORM.**

Firma del Cliente/Client Signature: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso del Cliente/Client Printed Name: \_\_\_\_\_

Fecha/Date: \_\_\_\_\_

## Pre-Anesthetic Testing Consent Consentimiento para pruebas preanestésicas

Nombre del Propietario/Client Name: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente/Patient's Name: \_\_\_\_\_

Fecha/Date: \_\_\_\_\_

Su mascota está programada para un procedimiento que requiere anestesia. Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para recomendar pruebas preanestésicas y explicar por qué son importantes para la salud de su mascota. Al igual que usted, nuestra mayor preocupación es el bienestar de su mascota. Antes de someter a su mascota a la anestesia, uno de nuestros médicos realizará un examen físico completo para identificar cualquier condición médica existente que podría complicar el procedimiento y comprometer la salud de su mascota. Dado que siempre existe la posibilidad de que un examen físico solo no identifique todos los problemas de salud de su mascota, recomendamos encarecidamente que se realicen análisis de sangre preanestésicos antes de la anestesia. Es importante entender que un análisis preanestésico no garantiza la ausencia de complicaciones anestésicas. Sin embargo, puede reducir en gran medida el riesgo de complicaciones, así como identificar condiciones médicas que podrían requerir tratamiento médico en el futuro.

*Your pet is scheduled for a procedure that requires anesthesia. We would like to take this opportunity to recommend pre-anesthetic testing and explain why it is important to the health of your pet. Like you, our greatest concern is the well being of your pet. Before placing your pet under anesthesia, one of our doctors will perform a complete physical examination to identify any existing medical conditions that would complicate the procedure, and compromise the health of your pet. Because there is always the possibility that a physical exam alone will not identify all of your pet's health problems, we strongly recommend pre-anesthetic bloodwork to be performed prior to anesthesia. It is important to understand that a pre-anesthetic does not guarantee the absence of anesthetic complications. It may, however, greatly reduce the risk of complications as well as identify medical conditions that could require medical treatment in the future.*

### **Perfil #1 CHEM 10 – Recomendado para pacientes sanos menores de 7 años de edad.**

#### **Profile #1: CHEM 10 – Recommended for healthy patients under 7 years of age.**

- Bun (Riñón/Kidney)
- ALKP (Hígado/Liver)
- Albúmina (Proteína)  
Albumin (Protein)
- Glucosa en Sangre/  
Blood Glucose
- Creatinina  
(Riñón/Kidney)
- Proteína Total  
(HidrataciónTotal/  
Hydration)
- ALT (Hígado/Liver)

### **Perfil #2: CHEM 17/CBC - Requerido para pacientes sanos mayores de 7 años de edad.**

#### **Profile #2: CHEM 17/CBC – Required for healthy patients over 7 years of age.**

- BUN (Riñón/Kidney)
- ALKP (Hígado/Liver)
- Lipasa/Lipase  
(Páncreas/Pancreas)
- Creatinina/Creatine  
(Riñón/Kidney)
- Glucosa en Sangre/  
Blood Glucose
- Proteína Total/Total  
Protein(HidrataciónTot  
al/ Hydration)
- ALT (Hígado/Liver)
- Amilasa/Amylase  
(Páncreas/Pancreas)
- Fósfor/Phosphorus  
(Riñón/Kidney)
- Bilirrubina/Bilirrubina  
(Hígado/Liver)
- Albúmina (Proteína)  
Albumin (Protein)
- Recuento de  
RBC/RBC Count  
(Anemia)
- GGT (Hígad/Liver)
- Colesterol/Cholesterol
- Calcio/Calcium
- Recuento de  
WBC/WBC count  
(Infección/Infection)

Nombre del Propietario/Client Name: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente/Patient's Name: \_\_\_\_\_  
Fecha/Date: \_\_\_\_\_

**Por favor, seleccione UNO:**

***Please select ONE:***

Perfil #1 CHEM 10

Perfil #2: CHEM 17/CBC

Por favor, complete las pruebas recomendadas antes de administrar anestesia a mi mascota.  
Please complete the recommended testing prior to administering anesthesia to my pet.

Firma del Propietario o agente autorizado:  
Signature of Owner or authorized agent: \_\_\_\_\_  
Fecha/Date: \_\_\_\_\_

He elegido RECHAZAR las pruebas recomendadas en este momento y solicito que proceda con la anestesia. Comprendo los riesgos involucrados en poner a mi mascota bajo anestesia sin pruebas preanestésicas, y acepto no responsabilizar al Hospital de Animales Rocky Gorge si ocurren complicaciones.  
**No se pueden rechazar los análisis de sangre para pacientes mayores de 7 años.**

*I have chosen to **DECLINE** the recommended testing at this time, and request that you proceed with anesthesia. I understand the risks involved with putting my pet under anesthesia without pre-anesthetic testing, and agree not to hold Rocky Gorge Animal Hospital responsible, if complications occur.*

**Bloodwork CANNOT be declined for patients over 7 years of age.**

Firma del Propietario o agente autorizado:  
Signature of Owner or authorized agent: \_\_\_\_\_  
Fecha/Date: \_\_\_\_\_

Mi mascota ha tenido análisis de sangre preanestésicos recientes y elijo no realizar más perfiles de análisis de sangre en este momento. Fecha del análisis de sangre preanestésico más reciente. \_\_\_\_\_

*My pet has recently had pre-anesthetic bloodwork and I choose to not have any additional bloodwork profiles run at this time. Date of most recent pre-anesthetic bloodwork.*

Firma del Propietario o agente autorizado:  
Signature of Owner or authorized agent: \_\_\_\_\_  
Fecha/Date: \_\_\_\_\_

## Surgery & Anesthesia Questionnaire

## Cuestionario de Cirugía y Anestesia

Nombre del Propietario/Client Name: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente/Patient's Name: \_\_\_\_\_

Fecha/Date: \_\_\_\_\_

- ¿Cuándo fue la última vez que este paciente comió ALGO? (Fecha y Hora)

*When was the last time this patient had ANYTHING to eat? (Date & Time):* \_\_\_\_\_

- ¿Entiende el propietario que, si el médico lo considera necesario, extraerá los dientes deciduos (de leche) sueltos, infectados o retenidos? \*TENGA EN CUENTA: El doctor solo extraerá dientes en el mejor interés de su mascota. Tenga en cuenta que la extracción de dientes y las radiografías dentales NO están incluidas en el precio de la limpieza dental, y el propietario será responsable de los costos adicionales. EL PROPIETARIO NO SERÁ LLAMADO PARA PERMISO PARA EXTRAER DIENTES MIENTRAS EL PACIENTE ESTÉ BAJO ANESTESIA.

*Does the owner consent to have loose, infected, or deciduous (baby) teeth extracted by the doctor, if necessary? \*PLEASE NOTE: The doctor will only extract teeth in the best interest of your pet. Please be aware that tooth extractions and dental radiographs are NOT included in the price of the dental cleaning, and the owner will be responsible for the extra cost. THE OWNER WILL NOT BE CALLED FOR PERMISSION TO PULL TEETH WHILE THE PATIENT IS UNDER ANESTHESIA.*

Sí/Yes       No       No corresponde/Not applicable

- Si esta mascota tiene uno o más bultos que se van a quitar hoy, ¿el propietario quiere que se haga una biopsia?

*If this pet is having one or more lumps removed today, does the owner want a biopsy done?*

Sí/Yes       No       No corresponde/Not applicable

- ¿Existe la posibilidad de que esta mascota esté embarazada?

*Is there any possibility that this pet is pregnant?*

Sí/Yes       No       No corresponde/Not applicable

- ¿Existe alguna posibilidad de que esta mascota esté actualmente en celo?

*Is there any possibility that this pet is currently in heat?*

Sí/Yes       No       No corresponde/Not applicable

- ¿Le gustaría al propietario que esta mascota reciba un microchip hoy?

*Would the owner like this pet to receive a microchip today?*

Sí/Yes       No       No corresponde/Not applicable

- ¿Existe algún historial de alergias a medicamentos o anestesia?

*Is there any history of allergies to medication or anesthesia?*

Sí/Yes       No       Desconocido/Unknown

- ¿Existe algún historial de convulsiones?

*Is there any history of seizures?*

Sí/Yes       No      **Si es así, fecha de la última convulsión/If yes, date of last seizure:** \_\_\_\_\_

- ¿Esta mascota tiene un soplo cardíaco conocido?

*Does this pet have a known heart murmur?*

Sí/Yes       No

Iniciales del propietario: \_\_\_\_\_

Technician's initials: \_\_\_\_\_

Nombre del Propietario/Client Name: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente/Patient's Name: \_\_\_\_\_

- ¿Esta mascota está tomando ALGÚN medicamento, incluyendo medicamentos de venta libre y preventivos mensuales?

*Is this pet on ANY medication, including over the counter medications and monthly preventative?*

Sí/Yes       No       No estoy seguro/Not sure

**En caso afirmativo, por favor, liste TODOS los medicamentos y la última vez que se administró el medicamento:**

***If yes, please list ALL medications and when the medication was last given:*** \_\_\_\_\_

---

Si se solicita, se utilizará un láser terapéutico (con algunas excepciones) en la incisión (es) para acelerar el proceso de curación, reducir el dolor y la inflamación, y reducir la formación de tejido cicatricial. Esto, junto con nuestros medicamentos estándar de manejo del dolor, proporcionará a su mascota lo mejor en manejo del dolor y cuidado de heridas.

Sí/Yes

No

No corresponde (Tenga en cuenta que masas sospechosas de cáncer y extracciones dentales no son aplicables) *Not applicable (Please note masses that are suspicious of cancer and dental(s) are not applicable*

Iniciales del propietario: \_\_\_\_\_

Technician's initials: \_\_\_\_\_