

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./ª \_\_\_\_\_  
con DNI nº \_\_\_\_\_  
con domicilio en c/ \_\_\_\_\_  
Población: \_\_\_\_\_ DP \_\_\_\_\_  
Propietario de \_\_\_\_\_ especie \_\_\_\_\_  
raza \_\_\_\_\_ capa \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_  
identificado con el nº \_\_\_\_\_

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento terapéutico (1) al que voluntariamente autorizo se someta a,

teniendo conocimiento de los riesgos y posibles complicaciones de este procedimiento, así como el conocimiento de otras alternativas terapéuticas sus ventajas e inconvenientes.

Autorizo al veterinario

D./ª \_\_\_\_\_  
colegiado en \_\_\_\_\_ con nº \_\_\_\_\_  
de la Clínica, Centro/Hospital \_\_\_\_\_  
situado en c/ \_\_\_\_\_  
población \_\_\_\_\_ DP \_\_\_\_\_

a la realización del procedimiento terapéutico (1), habiéndome explicado los riesgos y posibles complicaciones (2) del mismo, teniendo conocimiento de que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento previo al inicio.

D./ª \_\_\_\_\_  
como veterinario deseo hacer constar que he transmitido al propietario la información técnica necesaria, así como los posibles riesgos y complicaciones (2)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_  
Firma Cliente \_\_\_\_\_ Firma Veterinario responsable \_\_\_\_\_

(1) Procedimiento terapéutico: \_\_\_\_\_

(2) Riesgos y complicaciones: \_\_\_\_\_