



CHILE LO
HACEMOS
TODOS

Rescate, recuperación, reubicación

Ficha de Identificación y
consentimiento informado
Fondo concursable

ID Proyecto

Etiqueta del Microchip

Datos responsable

Fecha:	Fecha nacimiento:	RUT:
Nombre y apellidos:	Teléfono fijo:	Móvil:
Dirección:	Comuna:	
Región:	País:	Mail:

Datos Paciente

Nombre	Especie <input type="checkbox"/> canino <input type="checkbox"/> felino	Raza
Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> macho <input type="checkbox"/> hembra	Color
Tipo Tenencia <input type="checkbox"/> con dueño <input type="checkbox"/> sin dueño	Comuna Obtención	Peso (Kg):
Obtención <input type="checkbox"/> compra <input type="checkbox"/> recogido <input type="checkbox"/> nació en casa <input type="checkbox"/> regalo <input type="checkbox"/> adopción <input type="checkbox"/> n/a		
Razón tenencia <input type="checkbox"/> compañía <input type="checkbox"/> guardián <input type="checkbox"/> reproductivo <input type="checkbox"/> deporte <input type="checkbox"/> caza <input type="checkbox"/> servicio <input type="checkbox"/> mixto <input type="checkbox"/> n/s <input type="checkbox"/> n/a <input type="checkbox"/> otro:		
¿Ha asistido antes al Médico Veterinario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/S	N° total de animales en casa:	

Autorización

Mediante el presente documento autorizo a realizar los procedimientos anteriormente señalados, al paciente individualizado en esta ficha, el que es de mi propiedad o del cual me haré responsable para efectos de los cuidados. Manifiesto que toda la información entregada para la confección de esta ficha es fidedigna.

Procedimientos y resultados

Diagnóstico:			
Tratamiento:			
Fármaco 1:	Dosis:	Presentación:	Período:
Fármaco 2:	Dosis:	Presentación:	Período:
Fármaco 3:	Dosis:	Presentación:	Período:
Fármaco 4:	Dosis:	Presentación:	Período:
Fármaco 5:	Dosis:	Presentación:	Período:
Fármaco 6:	Dosis:	Presentación:	Período:
Resultado tratamiento <input type="checkbox"/> FE <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> F			
M. veterinario que realiza el tratamiento:			
RUT	Especialidad	Firma	

Reubicación

Reubicación <input type="checkbox"/> Éxito <input type="checkbox"/> No se reubicó		
Nombre y apellidos adoptante:	RUT:	
Dirección:	Teléfono fijo:	Móvil:
Mail:		

Autorización

Mediante el presente documento autorizo a realizar los procedimientos anteriormente señalados, al paciente individualizado en esta ficha, el que es de mi propiedad o del cual me haré responsable para efectos de los cuidados. Manifiesto que toda la información entregada para la confección de esta ficha es fidedigna.

Rescate, recuperación, reubicación

- Entiendo que traer a un animal sin dueño a este tratamiento no implica la propiedad de él, sin embargo, sí implica la responsabilidad de los cuidados e indicaciones que entregue el veterinario.
- Declaro que he entregado información veraz sobre el estado de salud de la mascota.
- Manifiesto que toda la información entregada es fidedigna.
- Declaro que se ha entregado a la persona adoptante toda la información del estado de salud y condición del animal, así como la documentación de respaldo.

Identificación y Registro

En el caso de que a mi mascota se le implantara un microchip, que contiene un código que será vinculado a mis datos personales. Con toda la documentación proporcionada lo inscribiré en un plazo máximo de 15 días en el Registro Nacional de Mascotas o Animales de Compañía.

Egreso

Declaro que he recibido conforme a mi mascota y que me han explicado el resultado del tratamiento y la receta e indicaciones que me entregue el veterinario.

Firma Responsable
Autoriza procedimiento

Firma Responsable
Recibe conforme