**ANEXO N.º 4: INFORMACIÓN DE CUIDADOS POST-OPERATORIOS O DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS**

(Exclusivamente para postulantes de la Línea B)

Fecha: / /2022

**Entidad:**

**RUT:**

**Nombre de Proyecto:**

**Dirección, sector, ciudad/poblado, comuna, región del Operativo:**

Yo, ...................................................................................... (Nombre completo del tenedor, dueño, organización con indicación datos del voluntario o particular a cargo de la mascota), Rut................................, domiciliado en...................................................................declaro por el presente documento, haber leído, entendido y tomado conocimiento de los cuidados post -quirúrgicos u operatorios, indicados por el Médico Veterinario antes individualizado para mi mascota de nombre ..................., de ..........de edad, color.......Por lo tanto, me comprometo a otorgar todos los cuidados que me fueron señalados, comprar y/o dar medicamentos, mantener temperatura adecuada, alimentación, etc. orientados al bienestar y recuperación de mi mascota. En caso de observar alguna situación de riesgo para su salud, como por ejemplo: sangramiento, apertura de herida, vómitos, diarrea, decaimiento, etc. lo comunicaré o contactaré a ................................................., fono/ whatsapp.............................., correo electrónico........................................ para informar y solicitar la atención médica pertinente o indicaciones correspondientes a la brevedad o de forma inmediata según el estado del animal.

**Firma:**

**INDICACIONES MÉDICAS**:( señalar medicamentos, horarios, aplicación de productos, limpieza herida, condiciones para su recuperación, temperatura, alimentación, conductas prohibidas durante su recuperación, etc.)

**Nombre y firma del Médico Veterinario**

**RUT**