



## CUESTIONARIO y AUTORIZACIÓN ANESTÉSICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Especie:  Canino;  Felino;  Otro \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Macho;  Hembra      Peso: \_\_\_\_\_

Médico Veterinario responsable del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del propietario del paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono contacto: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

1) El paciente está tomando o tomó recientemente alguna medicación?

Sí       No; Cuál?       Amoxicilina       Aminofilina       Carprofeno

Cefalexina       Condroitin       Dipirona       Enalapril

Enrofloxacin       Furosemida       Levotiroxina       Meloxicam

Metronidazol       Prednisona       Tramadol

Otro: \_\_\_\_\_

2) Tomó medicamentos hoy?

Sí       No; Cuál? \_\_\_\_\_

A qué hora? \_\_\_\_\_

3) Comió hoy?       Sí       No

4) Presenta diarrea o fecas pastosas?

Sí       No

5) Presenta vómitos?

Sí       No

6) Presenta apetito normal?

Sí  No

7) Ha sido sometido a alguna cirugía?

Sí  No; Cual(es)? Hubo alguna complicación en la anestesia? \_\_\_\_\_

---

---

8) El paciente a presentado desmayos o cansancio?

Sí  No; Observaciones: \_\_\_\_\_

9) Presenta alteraciones cardiacas diagnosticadas por el Médico Tratante del paciente?

Sí  No

10) El paciente a presentado convulsiones?

Sí  No; Observaciones: \_\_\_\_\_

---

11) El paciente ha presentado alguna masa, nódulo o tumor?

Sí  No; Cuál? \_\_\_\_\_

12) Presenta alergia a alguna sustancia?

Sí  No; Cuál? \_\_\_\_\_

**La información contenida en el formulario es de total  
responsabilidad del responsable del paciente.**

De la misma forma autorizo la realización del procedimiento, junto con el procedimiento anestésico que  
Implica y la administración de contraste yodado. Se me explicaron los riesgos involucrados.

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

Firma del responsable: \_\_\_\_\_