



INSTITUTO TECNOLÓGICO DE SONORA



DEPARTAMENTO DE CIENCIAS AGRONÓMICAS Y VETERINARIAS

Técnica y Educación Quirúrgica 2022

Propietario _____ Teléfono _____
Dirección _____
Nº credencial de elector _____ Ciudad _____ Estado _____
Paciente _____ Especie _____ Raza _____ Color _____

Como propietario del paciente descrito en la parte superior a este documento, **autorizo a los estudiantes** de la materia de Técnica y educación quirúrgica de realizar.

Estando plenamente consciente de que tal procedimiento quirúrgico, por más sencillo o complicado que sea, requiere de un periodo de anestesia local o general, aceptando de antemano los riesgos que dicha aplicación de fármacos implique, así como la administración de medicamentos (antibióticos, analgésicos, etc.), y su hospitalización hasta ser dado de alta. Entendiendo que en la intervención o procedimiento postquirúrgico, exista la posibilidad de alguna complicación y el paciente falleciera, autorizo la realización de necropsia, para esclarecer las causas de la muerte, así como exonerar civil y penalmente a los estudiantes y titulares de la materia. Además evitar difamar en redes sociales. **Acepto y me comprometo a seguir las disposiciones y reglamentos de esta materia.**

CD. OBREGÓN, SONORA. A _____ DE _____ 2022

FIRMA DE PROPIETARIO

NOTA. EL EQUIPO RESPONSABLE, DEBE DEJAR SUS DATOS PARA CONTACTO CON EL PROPIETARIO. SIN ESTA AUTORIZACIÓN NO SE REALIZARÁ EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.

