

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
Y ACEPTACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VETERINARIOS**

D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ mayor de edad,  
con domicilio en \_\_\_\_\_  
NIF \_\_\_\_\_ y Tfno.: \_\_\_\_\_, en calidad de responsable del paciente  
de la especie \_\_\_\_\_ y de raza \_\_\_\_\_ de nombre  
\_\_\_\_\_ con número de identificación \_\_\_\_\_ y fecha  
de nacimiento / / \_\_\_\_\_

**DECLARA**

Que, en virtud de este documento, autorizo a  
\_\_\_\_\_, para que proceda a la  
hospitalización del animal reseñado anteriormente, y a suministrar y aplicarle el  
tratamiento veterinario médico-quirúrgico del que he sido correctamente informado,  
así como la administración, en su caso, de anestésicos generales que, de acuerdo con  
su criterio profesional, se estime necesario llevar a cabo.

(i) He sido informado/a de las diferentes opciones terapéuticas indicadas para la  
atención de este tipo de patologías o dolencias. Autorizo la terapia indicada en el  
documento por su idoneidad para sus circunstancias específicas y particulares.  
Intervención/Acto clínico: \_\_\_\_\_

(ii) He sido informado/a de los posibles efectos secundarios y/o complicaciones  
derivadas de la opción escogida:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(iii) He sido informado/a de forma clara y con un lenguaje comprensible,  
entendiendo perfectamente la naturaleza y extensión de los tratamientos  
veterinarios y de las pruebas diagnósticas a las que se va a someter a mi animal,  
así como los riesgos que de ella se derivan para su salud.

(iv) Autorizo SI  NO  a \_\_\_\_\_ a la utilización  
de las imágenes documentales iconográficas o videos obtenidos para divulgación  
científica, en artículos, comunicaciones, congresos y reuniones científicas,  
publicaciones de difusión, etc.

(v) Con la finalidad de minimizar riesgos anestésicos inherentes a la intervención a  
realizar y ajustar los procedimientos de la forma más eficaz y segura para el  
paciente, autorizo a realizar pruebas preanestésicas:

Análisis de sangre: SI  NO   
Radiografía: SI  NO   
Electrocardiograma: SI  NO   
Otras pruebas: \_\_\_\_\_ SI  NO

Asimismo, mediante el presente documento, me responsabilizo de todos aquellos gastos y honorarios que puedan originar las actuaciones que lleve a cabo dicho profesional, comprometiéndome a retirar el animal del centro, tras ser dado de alta por el facultativo. Si pasados 5 días de la comunicación de alta al propietario y el propietario no recoge al animal se considerará abandono (Ley 11/2003. Art. 27) y el centro tomará las medidas que considere oportunas. El impago de dichos honorarios supondría la renuncia del propietario a cualquier tipo de reclamación derivados del acto médico.

Importe estimado: \_\_\_\_\_

Provisión de fondos: \_\_\_\_\_

Para cualquier conflicto o litigio que pudiera derivarse de los actos profesionales, las partes se someten al conocimiento de los Juzgados y Tribunales correspondientes al domicilio del Centro Veterinario en el que se hayan realizado.

*PROTECCIÓN DATOS: Reglamento Europeo de Protección de Datos 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.*

*Responsable: \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_.*

*Finalidad: Prestación del servicio veterinario, así como gestión administrativa;*

*Legitimación: Relación contractual por prestación de servicios;*

*Conservación: Sus datos se conservarán mientras no solicite su supresión, o mientras exista obligación legal de conservarlos.*

*Destinatarios: Los datos podrán ser compartidos con terceros en caso de ser necesario para el correcto desarrollo del servicio o en caso de obligación legal;*

*Derechos: Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición y a presentar una reclamación ante la AEPD y/o consultar información adicional en empresa.*

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

Firma propietario o responsable:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
Y ACEPTACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VETERINARIOS**

D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ mayor de edad,  
con domicilio en \_\_\_\_\_  
NIF \_\_\_\_\_ y Tfno.: \_\_\_\_\_, en calidad de responsable del paciente  
de la especie \_\_\_\_\_ y de raza \_\_\_\_\_ de nombre  
\_\_\_\_\_ con número de identificación \_\_\_\_\_ y fecha  
de nacimiento / / \_\_\_\_\_

**DECLARA**

Que, en virtud de este documento, autorizo a  
\_\_\_\_\_, para que proceda a la  
hospitalización del animal reseñado anteriormente, y a suministrar y aplicarle el  
tratamiento veterinario médico-quirúrgico del que he sido correctamente informado,  
así como la administración, en su caso, de anestésicos generales que, de acuerdo con  
su criterio profesional, se estime necesario llevar a cabo.

(i) He sido informado/a de las diferentes opciones terapéuticas indicadas para la  
atención de este tipo de patologías o dolencias. Autorizo la terapia indicada en el  
documento por su idoneidad para sus circunstancias específicas y particulares.  
Intervención/Acto clínico: \_\_\_\_\_

(ii) He sido informado/a de los posibles efectos secundarios y/o complicaciones  
derivadas de la opción escogida:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(iii) He sido informado/a de forma clara y con un lenguaje comprensible,  
entendiendo perfectamente la naturaleza y extensión de los tratamientos  
veterinarios y de las pruebas diagnósticas a las que se va a someter a mi animal,  
así como los riesgos que de ella se derivan para su salud.

(vi) Autorizo SI  NO  a \_\_\_\_\_ a la utilización  
de las imágenes documentales iconográficas o videos obtenidos para divulgación  
científica, en artículos, comunicaciones, congresos y reuniones científicas,  
publicaciones de difusión, etc.

(iv) Con la finalidad de minimizar riesgos anestésicos inherentes a la intervención a  
realizar y ajustar los procedimientos de la forma más eficaz y segura para el  
paciente, autorizo a realizar pruebas preanestésicas:

Análisis de sangre: SI  NO   
Radiografía: SI  NO   
Electrocardiograma: SI  NO   
Otras pruebas: \_\_\_\_\_ SI  NO

Ejemplar para el veterinario

Asimismo, mediante el presente documento, me responsabilizo de todos aquellos gastos y honorarios que puedan originar las actuaciones que lleve a cabo dicho profesional, comprometiéndome a retirar el animal del centro, tras ser dado de alta por el facultativo. Si pasados 5 días de la comunicación de alta al propietario y el propietario no recoge al animal se considerará abandono (Ley 11/2003. Art. 27) y el centro tomará las medidas que considere oportunas. El impago de dichos honorarios supondría la renuncia del propietario a cualquier tipo de reclamación derivados del acto médico.

Importe estimado: \_\_\_\_\_

Provisión de fondos: \_\_\_\_\_

Para cualquier conflicto o litigio que pudiera derivarse de los actos profesionales, las partes se someten al conocimiento de los Juzgados y Tribunales correspondientes al domicilio del Centro Veterinario en el que se hayan realizado.

PROTECCIÓN DATOS: *Reglamento Europeo de Protección de Datos 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.*

Responsable: \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_.

*Finalidad: Prestación del servicio veterinario, así como gestión administrativa;*

*Legitimación: Relación contractual por prestación de servicios;*

*Conservación: Sus datos se conservarán mientras no solicite su supresión, o mientras exista obligación legal de conservarlos.*

*Destinatarios: Los datos podrán ser compartidos con terceros en caso de ser necesario para el correcto desarrollo del servicio o en caso de obligación legal;*

*Derechos: Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición y a presentar una reclamación ante la AEPD y/o consultar información adicional en empresa.*

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

Firma propietario o responsable: