



DB# \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_

Fecha de la clinica: \_\_\_\_\_

District: \_\_\_\_\_

Porfavor, complete las areas resaltadas

Cuidador: \_\_\_\_\_ Cel# \_\_\_\_\_ Patrocinador: \_\_\_\_\_ DR: \_\_\_\_\_

Direccion(donde atrapo): \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Salvaje/ Callejero (Marque uno)

IMPORTANT TO COMPLETE: Atrapador: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona a recoger: \_\_\_\_\_ Cel# \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY

Age: \_\_\_\_\_ Sex: M / F Breed: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ In heat \_\_\_\_\_

Microchip: Y / N Felv/FIV \_\_\_\_\_ Pregnant # of Fetus \_\_\_\_\_

Lactating Age of Fetus \_\_\_\_\_

Post Queening \_\_\_\_\_

Wt: \_\_\_\_\_ / CC BUP \_\_\_\_\_ / CC TKX \_\_\_\_\_ / CC Telazol \_\_\_\_\_

Time	% Isoflurane	% O2	Heart Rate	Resp Rate	MM/CRT

Notes: \_\_\_\_\_

### Heaven Can Wait Animals Society- Caretaker Sign-Off

Initial \_\_\_\_ El gato(s) que estoy atrapando para cirugia de esterilizacion/castracion es un feline callejero, sin hogar, sin propietario o salvaje. Entiendo que hay un riesgo asociado con la cirugia y la anesthesia.

Initial \_\_\_\_ Cualquier gato(s) que este demasiado enfermo para sobrevivir sera eutanizado humanamente a discrecion del veterinario.

Initial \_\_\_\_ Reconozco que debo estar disponible por telefono para cualquier consulta medica urgente. Si no estoy disponible, se tomara una decision en mi nombre.

Initial \_\_\_\_ Entiendo que se le cortara la punta de la oreja derecho al gato(s). Ademas entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que el gato(s) sean alimentados despues de ser liberados y seguire las instrucciones de recuperacion que incluyen recuperar al gato(s) en un area con temperature controlada.

Initial \_\_\_\_ Entiendo que se me require recoger al gato(s) a la hora especifica. HCWS no mantiene a los gatos durante la noche. La falta de recogida de mi(s) gato(s) a tiempo resultara en una tarifa de \$75 por recogida tarde

**TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS**

Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Apto #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_

Firma del cuidador \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_