PAWS of Coronado Clinic Release Form

Date _____ Owner Name _____ Pets Name _____ Pet's Age _____

Sex _____ S/N_____ Pet Species _____ Breed _____ Color _____

Owner Street Address _____ City _____ State _____

Zip _____ Daytime Phone Number _____ Email _____

PAWS of Coronado uses qualified staffing and approved materials for all procedures performed in our public clinic. It is important for you to know that risk of complications, injury or death from standard procedures is extremely low, but always present. Carefully read and be sure you understand this form in its entirety before signing your name.

I, acting as the owner or agent of the pet named and described above, hereby request and authorize PAWS of Coronado, through whichever qualified staff member they may designate, to provide rabies vaccination and/or microchip implantation for the above-described pet.

I understand that the procedures described above have inherent risks, including but not limited to vaccine reaction, injury, and additional complications.

I understand that there may be light bleeding and slight discomfort at the microchip site and/or vaccination site.

I understand that it is my responsibility to monitor my animal for signs of an adverse vaccine reaction. Common symptoms of a vaccine reaction include but are not limited to mild fever, decreased appetite, discomfort or mild swelling at the injection site. Rare symptoms that require emergency veterinary attention include but are not limited to swelling of the face and legs, repeated vomiting or diarrhea, whole-body itching, hives, difficulty breathing, and collapse.

I understand that PAWS of Coronado is unable to provide emergency assistance if my pet has an adverse reaction to a vaccine. It will be my responsibility to transport my pet to an emergency facility of my choice. The closest emergency facility to PAWS of Coronado are listed below:

- VCA Animal Specialty Group
  - 5610 Kearny Mesa Rd. Suite B, San Diego CA 92111
- VCA Emergency Animal Hospital (619) 299-2400
  - 7675 Mission Valley Rd, San Diego CA 92108
- WAG Animal ER (619) 299-2400
  - 12880 Rancho Peñasquitos Blvd B, San Diego, CA 92129

RABIES VACCINES ONLY: Owner Informed Consent

☐ Registered Veterinary Technician Name:_____License Number:_____

Is acting as a proxy for our veterinarian on record, Dr. Barbour (license number 1947)

I understand that if my animal is deemed to be a health or safety risk to the PAWS staff or animal population, I may be unable to obtain services at the PAWS public clinic.

I understand that if I do not collect my pet at the end of their appointment by the agreed upon time, PAWS of Coronado may consider my pet abandoned and process the animal according to California Civil Code 1834.5.

I freely and voluntarily release and hold harmless Pacific Animal Welfare Society, all veterinarians, assistants, volunteers, directors, and employees, PAWS of Coronado and/or the City of Coronado, their elected officials, directors, officers, agents and/or employees, from any and all liability for any claims arising out of the performance of these procedures, any adverse reactions to vaccinations, or any damages caused by unforeseen events while the animal is in our care including fire, vandalism, burglary, extreme weather, natural disasters, terrorism, or acts of God.

___ I have read and understand the conditions above

Owner Signature _____ Date _____

Formulario de Consentimiento y Liberacion de Responsabilidad de la Clínica de PAWS of Coronado

Fecha: _____ **Nombre del propietario:** _____ **Nombre de la mascota:** _____ **Edad de la mascota:** _____

Sexo: _____ **Esterilizado(a)/Castrado(a):** _____ **Especie:** _____ **Raza:** _____ **Color:**_____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

PAWS of Coronado utiliza personal calificado y materiales aprobados para todos los procedimientos realizados en nuestra clínica pública. Es importante que usted comprenda que, aunque el riesgo de complicaciones, lesiones o muerte derivadas de procedimientos veterinarios de rutina es muy bajo, siempre existe la posibilidad de que ocurran. Lea cuidadosamente este formulario en su totalidad antes de firmarlo.

Yo, como propietario(a) o representante autorizado(a) de la mascota descrita anteriormente, solicito y autorizo a PAWS of Coronado, por medio del personal calificado que designe, a administrar la vacuna contra la rabia y/o implantar un microchip a la mascota antes mencionada.

Entiendo que estos procedimientos conllevan riesgos inherentes, incluyendo, entre otros, reacciones a la vacuna, lesiones y otras posibles complicaciones. Entiendo que puede presentarse un ligero sangrado o molestias leves en el sitio donde se aplique el microchip y/o la vacuna.

Entiendo que es mi responsabilidad observar a mi mascota después de la vacunación para detectar cualquier signo de una reacción adversa. Los síntomas comunes de una reacción a la vacuna pueden incluir, entre otros: Fiebre leve, Disminución del apetito, malestar o dolor leve, Inflamación leve en el sitio de la inyección. Los síntomas poco frecuentes que requieren atención veterinaria de emergencia incluyen, entre otros: Hinchazón de la cara o las patas, Vómitos o diarrea repetidos, Picazón intensa en todo el cuerpo, Ronchas (urticaria), Dificultad para respirar, Colapso o pérdida del conocimiento.

Entiendo que PAWS of Coronado no puede proporcionar atención veterinaria de emergencia si mi mascota presenta una reacción adversa a la vacuna. Será mi responsabilidad trasladar a mi mascota a un hospital veterinario de emergencia de mi elección. Los hospitales veterinarios de emergencia más cercanos a PAWS of Coronado son:

- VCA Animal Specialty Group
    - 5610 Kearny Mesa Rd. Suite B, San Diego CA 92111
    - VCA Emergency Animal Hospital (619) 299-2400
        - 7675 Mission Valley Rd, San Diego CA 92108
    - WAG Animal ER (619) 299-2400
        - 12880 Rancho Peñasquitos Blvd B, San Diego, CA 92129

SOLO PARA VACUNAS CONTRA LA RABIA: Consentimiento Informado del Propietario:

☐ **Nombre del Técnico Veterinario Registrado (RVT):** _____ **Número de licencia:** _____

Actúa como representante autorizado de nuestro veterinario responsable, **Dr. Barbour (Licencia No. 1947).**

Entiendo que, si se determina que mi mascota representa un riesgo para la salud o la seguridad del personal de PAWS o de otros animales, es posible que no pueda recibir servicios en la clínica pública de PAWS.

Entiendo que, si no recojo a mi mascota al finalizar su cita dentro del horario acordado, PAWS of Coronado podrá considerar a mi mascota como abandonada y proceder de conformidad con la **Sección 1834.5 del Código Civil de California.**

Por la presente, libero voluntariamente de toda responsabilidad y me comprometo a no presentar reclamaciones contra **Pacific Animal Welfare Society (PAWS of Coronado)**, sus médicos veterinarios, técnicos, asistentes, voluntarios, directores, empleados, así como contra la **Ciudad de Coronado**, sus funcionarios electos, directores, representantes, agentes y empleados, por cualquier reclamación, lesión, daño o pérdida que pudiera surgir como consecuencia de la realización de estos procedimientos, cualquier reacción adversa a las vacunas o cualquier daño ocasionado por circunstancias imprevistas mientras mi mascota se encuentre bajo el cuidado de PAWS, incluyendo, entre otros, incendios, vandalismo, robos, condiciones climáticas extremas, desastres naturales, actos de terrorismo o cualquier otro caso fortuito o fuerza mayor.

_____ **He leído y comprendo las condiciones descritas anteriormente.**

Firma del propietario: _____ **Fecha:** _____