



**COLEGIO DE MEDICOS VETERINARIOS
DE LA PROVINCIA DE MENDOZA**

LEY PROVINCIAL Nº 7825 - DECRETO REGLAMENTARIO 1958/11
Derqui 114 - Tel 0261 - 4243250 (5501) Godoy Cruz - Mendoza
E- mail: info@colvetmza.com.ar

El siguiente Formulario es completado por aquellos Propietarios y/o tenedores responsables de animales que se niegan a realizar el tratamiento sugerido por el Médico Veterinario tratante.

RECHAZO DE TRATAMIENTO SUGERIDO

Ciudad y fecha:/...../2021

Yo,....., DNI
....., en calidad de Propietario y/o tenedor del animal cuya especie
es....., raza, edad..... y
que responde al nombre de..... declaro que tras haber
sido atendido por el Dr./Dra.
..... Mat....., quién me ha
informado en términos claros y sencillos el diagnóstico o afección que
padece....., como así también
sobre la necesidad de su tratamiento y las consecuencias de no
realizarlo.....
.....
.....
.....

Que tras recibir toda la información precedente, MANIFIESTO QUE NO PRESTO
CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE, y me
hago responsable de todas las consecuencias posteriores.

Firma propietario

Firma Méd. Veterinario