

Staff Only	
Amt owed:	_____
Donation:	_____
Total:	_____
Paid:	cash/check

Citizens for Animal Protection
17555 Katy Fwy, Houston, TX 77094
281.497.0591

Staff Only	
Date:	_____
ID#:	_____
Weight	Tech Init.

FCAP Forma de Cirugia

Nombre del Trampero:		Nombre de Cita:		Correo Electrónico:	
Dirección:				Código Postal Atrapado:	
Teléfono (donde se le pueda contactar hoy):		Teléfono Alternativo:		Por favor esté disponible en uno de los números de teléfono provistos.	
Servicios Solicitados: <input type="checkbox"/> Rutinario (<i>ver abajo</i>)...GRATIS <input type="checkbox"/> Convenia (Si es necesario)...\$20 <input type="checkbox"/> FVRCP Vacuna.....\$5 <input type="checkbox"/> Tratamiento de la Tenia.....\$5			Enfermo / Lesionado: <input type="checkbox"/> Eutanasia <input type="checkbox"/> Curar <input type="checkbox"/> Llamar A Prueba: <input type="checkbox"/> FeLV/FIV Combinación -- \$15 FeLV + : <input type="checkbox"/> Eutanasia <input type="checkbox"/> Volver Alterado FIV + : <input type="checkbox"/> Eutanasia <input type="checkbox"/> Volver Alterado		
Describa cualquier condición especial o problema que crea que pueda tener el gato:			_____ <i>Firma de Trampero</i>		
Por Favor Tenga En Cuenta: A TODOS los gatos se les cortará la oreja izquierda para identificar que han sido alterados. No hay excepciones.					

SÓLO PERSONAL ABAJO-----SÓLO PERSONAL ABAJO

Breed:		Color:		Sex: M / F		Approximate Age:	
Identifying Marks: Hydration: good / dehydrated BCS: 1 2 3 4 5 mm _____ Parasites: fleas ticks earmites tapes other _____				Injuries/Abnormalities			
Routine Services		Other Services (vet's discretion)		Anesthesia			
<input type="checkbox"/> Spay Neuter <input type="checkbox"/> Rabies Vaccine (rr sq) <input type="checkbox"/> Ear Notching (left ear) <input type="checkbox"/> Ivermectin _____ ml sq <input type="checkbox"/> Advantage (0.4cc) <input type="checkbox"/> Meloxicam _____ ml sq <input type="checkbox"/> Clean Ears <input type="checkbox"/> Scanned for Microchip Y / N # _____		<input type="checkbox"/> FeLV NEG POS <input type="checkbox"/> FIV NEG POS <input type="checkbox"/> FVRCP (rf sq) <input type="checkbox"/> Convenia _____ ml sq <input type="checkbox"/> Droncit _____ ml sq <input type="checkbox"/> LRS _____ ml <input type="checkbox"/> Wound Cleaning <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		Time/Init		Drugs Used	
				KDT		_____ ml IM	
				Antisedan		_____ ml SQ	
				Fatal+		_____ ml	
Surgery Notes				Castration: open / closed		Reproductive Status	
Spay		Autoligate		Miller's		Encircling	
L Pedicle							
R Pedicle							
Stump							
				Approach			
				Midline Flank			
Post Op Notes:				Special Instructions:			
				<input type="checkbox"/> Release immediately Hold: <input type="checkbox"/> 24hrs <input type="checkbox"/> 48hrs <input type="checkbox"/> _____ days			
_____ Veterinarian Signature				Alert and standing at time of release? yes / no			