Waiver and Release from Liability, Assumption and Risk, and Indemnity Agreement for Vaccination/Microchip at Manatee County Animal Services

I, the undersigned, have read and understand this entire page and authorize Manatee County Animal Services (MCAS) to administer the following vaccination(s) to my dog/cat named ________________________________:

___ Rabies ___DHPP ___ FVRCP ___ Microchip

I have read and understood to my satisfaction the materials entitled “What to Expect After Your Pet’s Vaccination” provided to me. All of my questions have been answered to my satisfaction. I am aware of the potential benefits and risks of these vaccinations. I attest that:

- My pet has not bitten anyone in the past 10 days _____ (initial)
- My pet is not pregnant _______ (initial)
- My pet does not have a chronic medical condition _______ (initial)
- My pet has not been sick or shown any symptoms of illness or irregular behavior during the past week prior to the clinic. _______ (initial)
- My pet has no history of having an adverse reaction to vaccination(s) _______ (initial)

I understand that having my pet vaccinated at MCAS in no way replaces the veterinary care provided by a traditional veterinary clinic or constitutes a patient/owner/veterinarian relationship between myself and MCAS. If your pet experiences any symptoms of illness or irregular behavior after receiving the vaccination or microchip, you should contact your veterinarian immediately, as your pet may require additional medical treatment. MCAS is not a veterinary clinic and does not provide public veterinary services outside of vaccine clinics and spay/neuter services.

In consideration for my pet(s) being vaccinated and/or microchipped at Manatee County Animal Services (MCAS), I, on my behalf and on behalf of my heirs, assigns, successors, personal representatives, and next of kin, hereby:

1. **RELEASE, WAIVE, DISCHARGE, AND COVENANT NOT TO SU**E MCAS, its officers, directors, employees, agents, servants and representatives (hereinafter collectively referred to as “Releasees”) **FROM ALL LIABILITY TO ME**, my heirs, assigns, successors, personal representatives and next of kin, **FOR ANY AND ALL LOSS OR DAMAGE, AND ANY CLAIM OR DEMANDS THEREFOR ON ACCOUNT OF INJURY TO ME, MY PET(S) OR MY PROPERTY DURING, PRIOR TO, ARISING OUT OF OR AFTER THE VACCINATION/MICROCHIPPING OR RESULTING IN MY PET’S DEATH ARISING OUT OF OR RELATED TO THE VACCINATION/MICROCHIPPING, WHETHER CAUSED BY THE NEGLIGENCE OF THE RELEASEES, THE NEGLIGENCE OF SOMEONE ACTING ON BEHALF OF THE RELEASEES, OR THE NEGLIGENCE OF SOMEONE ELSE.

2. **INDEMNIFY AND HOLD HARMLESS** the Releasees **FROM ANY AND ALL ILLNESS AND/OR INJURIES SUSTAINED AND/OR LOSS, LIABILITY, DAMAGE OR COST** incurred by me or my pet(s) during, prior to, arising out of or after the vaccination, **WHETHER CAUSED BY THE NEGLIGENCE OF MADACC OR ITS EMPLOYEES, THE NEGLIGENCE OF SOMEONE ACTING ON BEHALF OF MCAS OR ITS EMPLOYEES, OR THE NEGLIGENCE OF SOMEONE ELSE**.

I have read this waiver and release from liability, assumption and risk, and indemnity agreement, fully understand its terms, understand that I have given up substantial rights by signing it, have had the opportunity to ask questions and negotiate or bargain the terms, and have signed it freely and voluntarily.

PRINT OWNER’S NAME: __________________________________________________________________________

OWNER’S SIGNATURE: __________________________________________________________________________ DATE: ____________
Exención y exención de responsabilidad, asunción y riesgo, y Acuerdo de indemnización por vacunación / microchip en Servicios de Animales del Condado de Manatee

Yo, el abajo firmante, he leído y entendido esta página completa y autorizo a Servicios de Animales del Condado de Manatee (MCAS) a administrar las siguientes vacunas a mi perro / gato llamado ________________________:

___ Rabia ___DHPP ___ FVRCP ___ Microchip

He leído y entendido a mi entera satisfacción los materiales titulados "Qué esperar después de la vacunación de su mascota" que me proporcionaron. Todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Soy consciente de los posibles beneficios y riesgos de estas vacunas. Yo atestigo que:

• Mi mascota no ha mordido a nandie en los últimos 10 días ______ (inicial)
• Mi mascota no está embarazada ______ (inicial)
• Mi mascota no tiene una condición médica crónica ______ (inicial)
• Mi mascota no ha estado enferma ni ha mostrado ningún síntoma de enfermedad o comportamiento irregular durante la semana anterior a la clínica. ______ (inicial)
• Mi mascota no tiene antecedentes de tener una reacción adversa a la (s) vacunación (es) ______ (inicial)

Entiendo que haber vacunado a mi mascota en MCAS de ninguna manera reemplaza la atención veterinaria proporcionada por una clínica veterinaria tradicional o constituye una relación paciente / propietario / veterinario entre MCAS y yo. Si su mascota experimenta algún síntoma de enfermedad o comportamiento irregular después de recibir la vacuna o el microchip, debe comunicarse con su veterinario inmediatamente, ya que su mascota puede requerir tratamiento médico adicional. MCAS no es una clínica veterinaria y no proporciona servicios veterinarios públicos fuera de las clínicas de vacunación y servicios de esterilización / castración.

En consideración por mi (s) mascota (s) vacunada y / o con microchips en Servicios de Animales del Condado de Manatee (MCAS) yo, en mi nombre y en nombre de mis herederos, cesionarios, sucesores, representantes personales y parientes más cercanos, por este medio:

1. DIVULGAR, RENUNCIAR, DESCARGAR Y PAGAR UN PACTO PARA QUE NO SE SUEÑA MCAS sus funcionarios, directores, empleados, agentes, funcionarios y representantes (en lo sucesivo denominados colectivamente "Liberados") DE TODAS LAS RESPONSABILIDADES PARA MÍ, mis herederos, cesionarios, sucesores, Representantes personales y parientes más cercanos, POR CUALQUIER Y TODO PÉRDIDA O DAÑO, Y CUALQUIER RECLAMACIÓN O DEMANDA AL RESPONSABILIDAD DE LESIONES A MÍ, MI (S) PET (S) O MI PROPIEDAD DURANTE, ANTES DE, SALIDA DE O DESPUÉS DE LA VACUNACIÓN / MICROCHIPEACIÓN O RESULTAR EN LA MUERTE DE MI MASCOTA DERIVADA DE LA VACUNACIÓN / MICROCHIPA, RELACIONADA CON LA VACUNACIÓN / MICROCHIPACIÓN, YA SEA CAUSADA POR LA NEGLIGENCIA DE LOS COMUNICADOS, LA NEGLIGENCIA DE ALGUIEN QUE ACTÚA EN NOMBRE DE LAS RELACIONES, O LA NEGLIGENCIA DE ALGUIEN VEZ QUE VEA.

2. INDEMNIFICA Y SOSTENGA PERMANENTE las liberaciones de CUALQUIER Y TODAS LAS ENFERMEDADES Y / O LESIONES SOSTENIDAS Y / O PÉRDIDAS, RESPONSABILIDAD, DAÑOS O COSTOS incurridos por mí o mi (s) mascota (s) durante, antes o después de la vacunación, YA QUE SEA CAUSADO POR LA NEGLIGENCIA DE MCAS O SUS EMPLEADOS, LA NEGLIGENCIA DE ALGUIEN QUE ACTÚA EN NOMBRE DE MCAS O SUS EMPLEADOS, O LA NEGLIGENCIA DE ALGUIEN DE CUALQUIER OTRO.

HE LEÍDO ESTA EXENCIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, ASUNCIÓN Y RIESGO, Y UN CONTRATO DE INDEMNIZACIÓN, ENTENDIENDO SUS TÉRMINOS, ENVÍO A LA LISTA DE LA PARTICIPACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE LA VICTORIA LO HA FIRMADO LIBREMENTE Y VOLUNTARIAMENTE.

IMPRIMA EL NOMBRE DEL PROPIETARIO:_____________________________________________________________

FIRMA DEL PROPIETARIO: ___________________________ FECHA: __________________________