

Sunshine Animal Hospital

Formulario para Clientes Nuevos

Fecha: ____/____/____

Client ID: _____
Sólo para uso en oficina

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono principal #: (_____) _____ Teléfono secundario #: (_____) _____

Número de licencia de conducir (requerido) _____

Correo electrónico (requerido) _____

Nombre del copropietario _____

Teléfono del copropietario # (_____) _____

SE REQUIERE EL PAGO COMPLETO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. Para su conveniencia, aceptamos Visa, Mastercard, American Express, Discover, Care Credit*, efectivo o cheque de caja.

Información de la Mascota

Veterinario anterior: _____ Fecha de la última visita al veterinario _____

Nombre de la mascota: _____ Edad: _____

Especie (gato, perro, etc): _____ Raza: _____ Color: _____

Marcas distintivas: _____ Peso: _____ Sexo: _____

¿Esterilizado(a)? _____ ¿Con microchip? _____

Motivo de la visita _____

¿Su mascota tiene alergias? Si / No

¿Su mascota ha tenido alguna reacción a vacunas o medicamentos? Si / No

Si respondió sí, ¿qué? _____

Enumere cualquier medicamento que esté tomando su mascota _____

Indique cualquier problema de comportamiento que debamos conocer _____

Como propietario, o agente autorizado, de la(s) mascota(s) mencionada(s) anteriormente, por la presente doy mi consentimiento y autorizo al hospital a recibir, recetar, tratar u operar a esta(s) mascota(s). Doy permiso a Sunshine Animal Hospital para proporcionar el historial médico de mi mascota a otros profesionales veterinarios cuando sea necesario. Entiendo que todos los cargos deben ser pagados en su totalidad al momento de la entrega del paciente. Si el paciente debe ser hospitalizado para tratamiento, se puede requerir un depósito en ese moment

Firma _____