

Gracias por darnos la oportunidad de cuidar a su mascota. Estaremos encantados de responder cualquier pregunta que tenga sobre la salud de su mascota. Para garantizar la mejor atención posible, tómese el tiempo para completar este formulario por completo. ¡Gracias!

REGISTRO DE PROPIETARIO

OMICILIO				CÓNYUGE/OTRO		
	SPACIO/UN IDAD	CIUDAD		CÓDIG	io postal	
)	()		()			
ÚMERO DE TELÉFONO DE CASA	NÚMERO DE TI	ELÉFONO DE TRABA	JO NÚMERO DE	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR		
ÓNYUGE / OTRO TELÉFONO CELULA	R		DIRECCIÓN DE	CORREO ELEC	CTRÓNICO	
CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTRO: I SE RECOMIENDA, ¿POR QUIÉN?		FERRAL OTROS				
	INFORMACI	ÓN SOBRE EI	PET			
ACIENTE # 1 NOMBRE PERRO / GA	ATO MALE(CASTRADO) / HEMBRA	A (ESTERILIZADA)	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA	COLOR	
ECHA DE LAS ÚLTIMAS VACUNACIOI	NES MEI	DICAMENTOS ACT	UALES	and the second s		
ACIENTE # 2 NOMBRE PERRO / GAT	TO MACHO(CASTRADO) / HEMBR	A(ESTERILIZADA)	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA	COLOR	
ECHA DE LAS ÚLTIMAS VACUNACIOI	NES ME	DICAMENTOS ACTU	JALES			

Con mucho gusto prepararemos un presupuesto para los servicios de hoy. Por favor, pregunte a una recepcionista o médico para estimar los honorarios. Esto será importante para usted, ya que <u>TODOS LOS HONORARIOS PROFESIONALES SE DEBEN</u>

<u>PAGAR EN EL MOMENTO EN QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS.</u> Aceptamos efectivo, débito y todas las principales tarjetas de crédito. En caso de que se necesiten procedimientos médicos o quirúrgicos extensos, también puede optar por solicitar crédito de atención. Por favor, pregunte a la recepcionista para una solicitud si está interesado.

FORMA DE PAGO: TARJETA DE CRÉDITO EN EFECTIVO / DÉBITO CUIDADO CRÉDITO
Yo autorizo al veterinario a examinar, prescribir o tratar la(s) mascota(s) descrita(s) anteriormente. Asumo la responsabilidad de todos los cargos incurridos. Entiendo que estos cargos deben pagarse en el momento de la liberación y que se puede requerir un depósito para hospitalización o tratamiento quirúrgico.

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA(S) MASCOTA(S)