

CAMELBACK ANIMAL CLINIC

Bienvenidos a nuestra clinica!

Informacion del cliente Nuevo

Nuestro equipo de asistencia medica veterinaria desea conocerle a usted y a sus mascotas!

Por favor diganos acerca de usted:

Nombre del dueno/propietario _____

Esposo(a) _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado ____ C Postal _____

Telefono celular _____ Telefono en casa _____

Denos 2 numeros de telefono diferentes al suyo a donde le podamos llamar en caso de una emergencia _____ y _____

El pago por los servicio medicos es requerido al momento de la consulta SIN EXCEPTION!
Usted puede pagar por los servicios con efectivo, VISA, MasterCard, American Express, Tarjeta Care Credit. En caso de que su mascota sea hospitalizada requerimos el pago del 50 % del presupuesto estimado del tratamiento.

Soy el propietario o agente oficial del propietario de esta mascota y acepto la total responsabilidad sobre los costos por la asistencia medica obtenida en el hospital Camelback Animal Hospital: _____

Firma del propietario(a)

fecha

Diganos por favor como se entero acerca de nuestro hospital: Amigo _____ Familiar _____

Internet _____ Paginas amarillas _____ Revista _____ Periodico _____ Noticias _____

Hay alguien a quien nosotros le podamos dar las gracias por recomendarle nuestro hospital?

Diganos su nombre _____ y su telefono _____

Ahora por favor diganos acerca de su mascota:

Nombre de su mascota _____ Especie _____

Edad _____ Raza _____ Color _____ Sexo _____

Su mascota esta esterilizada(o) _____ Es AGRESIVO ??? _____

Tiene MicroChip? _____ Es Alergico(a) a las vacunas, medicinas o a otro

tipo de substancias? _____

Alguna condicion medica previamente diagnosticada a mascota: _____

Esta su mascota al corriente con sus vacunas? Si _____ No _____

Para PERROS que vacunas tiene:

Rabia _____ Fecha _____

Moquillo _____ Fecha _____

Parvo _____ Fecha _____

Giardia _____ Fecha _____

Leptospirosis _____ Fecha _____

Bordetella _____ Fecha _____

Para GATOS que vacunas tiene :

Rabia _____ Fecha _____

Moquillo feline _____ Fecha _____

Leucemia _____ Fecha _____

InmunoDeficiencia feline _____ Fecha _____

Giardia _____ Fecha _____

Diganos por favor si su mascota a sido atendida en otro hospital veterinario anteriormente:

Nombre _____ Telefono _____

Podemos solicitar los expedients de informacion medica? Si _____ No _____