

Actualizada: _____

Por favor imprima

Número de identificación del cliente: _____

Nombre Del propietario: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Cremallera: _____

Teléfono móvil _____ Empleadora: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del cónyuge: _____ Teléfono celular del cónyuge _____

Veterinario anterior: _____

Información sobre mascotas:Nombre de la mascota: _____ Perra Gata Pájaro OtraSexo: Masculina Femenina ¿Esterilizada / castrada? Sí No Edad: _____

Criar: _____ Color: _____

Fecha de la última(s) vacunación(es): _____

Motivo de la visita:

 Establecer mascota Vacunas Enfermas Herida EmbarqueNombre de la mascota: _____ Perra Gata Pájaro OtraSexo: Masculina Femenina ¿Esterilizada / castrada? Sí No Edad: _____

Criar: _____ Color: _____

Fecha de la última(s) vacunación(es): _____

Motivo de la visita:

 Establecer mascota Vacunas Enfermas Herida Embarque

Nuestros servicios veterinarios utilizan ScribbleVet, una herramienta de Kairo Care, Inc., que registra las citas de su mascota para una mejor documentación clínica. Si no desea que lo grabemos, por favor, infórmele al equipo en la sala de exámenes.

Si prevé que alguien más use su cuenta, DEBEMOS tener el nombre de cada persona que autorice en su cuenta, **INCLUYENDO A TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA**. Por la presente, autorizo y asumo TODA la responsabilidad financiera para _____ y _____. Para usar mi cuenta en cualquier momento. Si en algún momento deseo que se retire a alguien del uso autorizado, DEBO enviar un formulario escrito a mano indicando esto al Hospital Veterinario Hiram.

Método de pago: Dinero Controlar Visa MasterCard Discover Care Credit Scratch Pay

Entiendo y acepto la política del Hospital Veterinario Hiram: SE ESPERA EL PAGO A MEDIDA QUE SE PRESTA EL SERVICIO, y que SE PODRÍA REQUERIR UN DEPÓSITO al ingresar al hospital para TRATAMIENTO, ALOJAMIENTO O CIRUGÍA. Se requiere un depósito de \$60 para todos los clientes nuevos e inactivos, que se utilizará para la consulta. Este depósito no es reembolsable si no se presenta o cancela sin previo aviso de 24 horas.

Firma: _____ Fecha: _____