

Cliente # \_\_\_\_\_

# Pet Hospital of North Park

Le agradecemos que nos permita atender a su(s) mascota(s).  
Favor de proporcionar la siguiente información:

## INFORMACION DEL CLIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Esposo(a)/Compañero(a) \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Tel casa #( ) \_\_\_\_\_ Tel Oficina#( ) \_\_\_\_\_  
 Celular / Pager #( ) \_\_\_\_\_ Ofna esposo(a) #( ) \_\_\_\_\_  
 Correo elect \_\_\_\_\_ Horario para localizarlo \_\_\_\_\_ am/pm.  
 Dedicación \_\_\_\_\_ Ha estado aquí antes? \_\_\_\_\_

**TODOS LOS SERVICIOS DEBEN SER PAGADOS EL MISMO DIA**

Preferencia de pago:  Efectivo  Tarjeta de credito **\*NO ACEPTAMOS CHEQUES PERSONALES\***

## INFORMACION DEL PACIENTE

PERRO	GATO	NOMBRE MASCOTA	RAZA / COLOR	FEC. NAC. / EDAD	SEXO M / F	OPERADO? (CASTRADO/ESTERILIZADO) SI / NO

### HISTORIA MEDICA PARA PERROS

Rabia \_\_\_\_\_  
 DHLPPC \_\_\_\_\_  
 Bord \_\_\_\_\_  
 Lyme \_\_\_\_\_  
 GIARDIA \_\_\_\_\_  
 Fecal \_\_\_\_\_

### HISTORIA MEDICA PARA GATOS

Rabia \_\_\_\_\_  
 FVRCP+C \_\_\_\_\_  
 FeLV \_\_\_\_\_  
 FIP \_\_\_\_\_  
 FIV \_\_\_\_\_  
 Fecal \_\_\_\_\_

Ha tenido enfermedades previas o cirugías? \_\_\_\_\_

Tiene alergias a vacunas o medicinas? \_\_\_\_\_

Actualmente esta bajo alguna dieta especial o medicamento? \_\_\_\_\_

SI  NO Si su mascota tiene un Microchip?# \_\_\_\_\_

Como se enteró de nuestro Hospital?  DIRECTORIO TELEFONICO  LETRERO  CLIENTE ANTERIOR

OTRO \_\_\_\_\_  RECOMENDACION PERSONAL (A quien debemos agradecerle) \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en que soy responsable de pagar todos los cargos en que incurra y en el caso de incumplimiento, acepto pagar adicionalmente el costo de la cobranza y/o el costo de la corte así como los gastos legales que sean razonablemente necesarios para esta acción. Estoy de acuerdo en que una fotocopia de esta autorización sea válida como original.

FIRMA DEL PROPIETARIO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

(Mayor de 18 años)