

## INFORMACION DEL CLIENTE

Dueño/a: \_\_\_\_\_ Pareja/Dueño Adicional: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal  
Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento de dueño/a: \_\_\_\_\_

Nombre/Número Telefónico de Contacto Autorizado: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nosotros cuidaremos de su información. Su correo electrónico solamente será usado para manda nocificaciones de El Hospital Veterinario Labahn

Usted nos autoriza hablar con esta persona sobre el cuidado de su mascota en el evento que usted no este disponible.

Seguro Social o Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo y numero de Telefono: \_\_\_\_\_

¿Cual plataformas sociales usa?  Facebook  Twitter  Instagram  LinkedIn  Google+  
¿Cómo se dio cuenta de nosotros?  Familia/amigo  Sitio de web  Google/ búsqueda en la red  Manejando/caminando

Si fue referido/a por un cliente, por favor díganos quien es para darle gracias. \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE NUEVO PACIENTE

Nombre de mascota: \_\_\_\_\_ Nombre de mascota: \_\_\_\_\_  
 Perro o  gato raza: \_\_\_\_\_  Perro o  gato raza: \_\_\_\_\_  
Genero:  varón  hembra  esterilizado/a (capado) Genero:  varón  hembra  esterilizado/a (capado)  
Color: \_\_\_\_\_ Cumpleaños/edad: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Cumpleaños/edad: \_\_\_\_\_  
Problemas de salud previos: \_\_\_\_\_ Problemas de salud previos: \_\_\_\_\_  
Nombre/numero de veterinario previo: \_\_\_\_\_

¡Nos encanta la red social! Nos gustaría su permiso para compartir la imagen de su mascota en nuestra red social y sitio de web.

Su nombre entero e información personal nunca será usada.

Si cancela una cita quirúrgica, pedimos notificación de 48 horas en avance. Cancelaciones tardadas o frecuentes pueden resultar en una recarga aplicada en su cuenta.

Vacunas corrientes son requeridas por el Hospital Veterinario Labahn antes que se admita a cualquier animal por cualquiera razón. Estas medidas son tomadas para proteger el bien estar de todos los animales en nuestro hospital.

Yo autorizo que el veterinario/a examine, de prescripción o trate a las mascotas mencionadas en este documento. Yo asumo responsabilidad por todos los cargos incurridos in el cuidado de este animal/animales. Yo entiendo que el pago se debe por completo en el tiempo de servicio. Yo reconozco que preocupaciones financieras debe ser aclaradas antes de recibir examinación y tratamiento. Para su conveniencia, nosotros aceptamos Visa, Mastercard, Amercian Express, Discover, Care Credit, cash y cheques con identificación apropiada. Por favor visite el escritorio en la recepción.

Yo confirmo que la información previamente dada es correcta y que yo soy el dueño/a o agente autorizado del paciente(s) listados arriba.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_