

REGISTRO DE MASCOTA Y DUEÑO

Fecha: _____

Nombre del dueño/a: _____ Cónyuge /Otro: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono residencial: _____ Otro: _____ Correo electrónico: _____

Nombre y dirección del trabajo: _____

Nombre y dirección del trabajo (Cónyuge): _____

En caso de **EMERGENCIA**, llámame a: _____ al teléfono: _____

Nombre de su mascota: _____ Edad aproximada/ Fecha de nacimiento: _____

Perro Gato Otro: _____ Sexo: Macho Castrado Raza: _____

Hembra Castrada Color: _____

Razón de la visita: _____

Veterinario(s) que lo atendió anteriormente: _____

¿Ha sido su mascota tratada por alguna enfermedad anteriormente? No Si; Especificar problema(s), medicamento(s) o dosis, si lo recuerda: _____

¿Cómo averiguó de nosotros? Páginas Amarillas Walk by L.A. Fitness Website Otro _____

¿A quién debemos agradecer?: _____

Nombre y especie de mascota(s) además del indicado: _____

Por favor leer lo siguiente y firme:

Yo acepto responsabilidad total por todos los cargos del cuidado de este animal. Yo también entiendo que los cargos serán pagados al momento que el animal sea retirado de la clínica y que un depósito será requerido en caso de tratamiento quirúrgico. En caso que el pago se retrase, Pet Care Clinic tiene el derecho de colectar un interés de 1.5% por mes al balance pendiente más costos de colección.

Firma del Dueño o Persona Responsable: _____

Si paga con cheque o tarjeta de crédito, es **obligatorio** completar lo siguiente:

Compañía de tarjeta: M/C VISA AMEX

DE CUENTA: _____ **FECHA DE VENCIMIENTO:** _____

SEGURO SOCIAL: _____

LICENCIA DE CONDUCIR: _____ **ESTADO:** _____

