



All Creatures Care Cottage

Gracias por darnos la oportunidad de cuidar a su(s) mascot(s).
Por favor complete es siguiente formulario de registro:

Correo Electronico: _____

Dueno: Mr. Mrs. Dr. Ms. _____
Apellido Primer Nombre M.I.

Direccion: _____
Calle y # edificio Ciudad Estado Codigo Postal

Numero de Telephono: () _____ 2ndo Dueno: _____

Numero de Trabajo: () _____ Numero de 2nd Dueno: _____

Empleador: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion de Trabajo: _____

Como se dio cuenta de nuestro hospital? Nombre de amigo (para agradecerle) _____

Pet Store/Animal Hospital: _____ Internet _____ Directorio Telefonico _____ Cartel de Hosp. _____ Noticiero _____
Folleto _____ Otro _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____

Mascota: Perro ___ Gato ___ Ave ___ Conejo ___ Ferret ___ Reptil ___
Guinea Pig ___ Rata ___ Raton ___ Otro _____

Raza: _____ Color: _____

Sexo: Macho ___ Hembra ___ Desconocido ___

Esterilizado? Si ___ No ___

Dia de Nacimiento o Edad _____

?Esta su mascota al dia con sus vacunas? Si ___ No ___

Nombre y #Tel de otro Veterinario para obtener archivo: _____

Nombre: _____

Mascota: Perro ___ Gato ___ Ave ___ Conejo ___ Ferret ___ Reptil ___
Guinea Pig ___ Rata ___ Raton ___ Otro _____

Raza _____ Color _____

Sexo: Macho ___ Hembra ___ Desconocido ___

Esterilizado? Si ___ No ___

Dia de Nacimiento o Edad _____

?Esta su mascota al dia con sus vacunas? Si ___ No ___

Nombre y #Tel de otro Veterinario para obtener archivo: _____

Para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas y parásitos, los animales hospitalizados y abordados deben estar al día con todas las vacunas y deben estar libres de parásitos internos y externos. Autorizo al veterinario a proporcionar vacunas y control de parásitos según sea necesario para mi (s) mascota (s).

TODAS LAS CUOTAS SE DEBEN CUANDO LA MASCOTA SE DEJA PARA CIRUGÍAS, DENTALES, HOSPITALIZACIÓN Y EMBARQUE

Por la presente autorizo al veterinario a examinar, prescribir o tratar a mi (s) mascota (s). Asumo la responsabilidad de todos los cargos incurridos en el cuidado de mi (s) mascota (s). También entiendo que cualquier cargo adicional se pagará en el momento de la liberación y que se requiere un depósito del 100% para el abordaje, los tratamientos quirúrgicos, los exámenes de baja y la hospitalización. También entiendo que ACCC se reserva el derecho de cobrar \$ 49.00 por citas perdidas en la clínica y la cirugía si no se cancela con al menos 24 horas de anticipación. No extendemos crédito ni facturamos por nuestros servicios. Si tiene inquietudes financieras, nos complacerá analizar nuestras tarifas antes del examen de su mascota. También soy consciente de que el uso no indicado en la etiqueta de productos farmacéuticos se puede usar en mascotas exóticas.

Firma De Cliente: _____ Fecha: _____

Los métodos de pago que aceptamos con la identificación adecuada son: Efectivo, Cheque, MasterCard, VISA, American Express y CareCredit