



## ¡Bienvenido, nos alegra que hayas decidido venir!

Gracias por darnos la oportunidad de servirle a usted y a su mascota. El Dr. Alex y su equipo estarán felices de responder cualquier pregunta que tenga sobre la salud de su mascota. Para poder atenderle mejor, tome un momento para completar este formulario.

### REGISTRO

Nombre del dueño \_\_\_\_\_ Nombre del cónyuge / pareja \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Dirección de email \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestra clínica?  Facebook  Letrero  Internet  Otro medio \_\_\_\_\_  
 Recomendación \_\_\_\_\_

¿Podemos usar una foto de su mascota en materiales de promoción? Si o no

¿Podemos enviar recordatorios de citas por mensaje de texto? Si o no

### REGISTRO DE MASCOTAS

NOTA: La sección de autorización y registro de la mascota debe completarse para cada paciente que se vea hoy.

Nombre de la mascota \_\_\_\_\_  Perro  Gato  Otro \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Macho  Hembra  Sin esterilizar  Esterilizado(a) Actualizado con sus vacunas Si o no

Medicaciones \_\_\_\_\_

Razón de la visita \_\_\_\_\_

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Náuseas          | <input type="checkbox"/> Pérdida del equilibrio | <input type="checkbox"/> Problemas con los ojos |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios     | <input type="checkbox"/> Falta de apetito | <input type="checkbox"/> Orina demasiado        | <input type="checkbox"/> Estornudos             |
| <input type="checkbox"/> Tos                         | <input type="checkbox"/> Debilidad        | <input type="checkbox"/> Se rasca demasiado     | <input type="checkbox"/> Excesiva sed           |
| <input type="checkbox"/> Diarrea                     | <input type="checkbox"/> Vómitos          | <input type="checkbox"/> Parece deprimido       |   |
| <input type="checkbox"/> Problemas con las orejas    | <input type="checkbox"/> Cojeando         | <input type="checkbox"/> Sacude la Cabeza       |   |

OTRO \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN

Autorizo al veterinario a examinar, recetar y/o tratar a la mascota descrita anteriormente.

Asumo toda responsabilidad financiera para todos los cargos generados en el cuidado de mi mascota, también entiendo que estos cargos se pagarán en el momento en que los servicios sean realizados y que se requiere un depósito para el tratamiento quirúrgico.

Firma del propietario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_