

WELCOME/BIENVENIDO

Thank you for giving us the opportunity to care for your pet. We'll be happy to answer any questions you have about your pet's health. To ensure the best care possible, please take the time to fill in this form completely. Thank you!

Gracias por darnos la oportunidad de cuidar de su mascota. Estaremos encantados de responder cualquier pregunta que tenga acerca de la salud de su mascota. Para asegurar la mejor atención posible, por favor, tómese su tiempo para rellenar este formulario completamente. ¡Gracias!

Authorization/Autorización

I hereby authorize the veterinarian to examine, prescribe for or treat the below described pet. I assume responsibility for all charges incurred in the care of this animal. I also understand that these charges will be paid when services are rendered/at the time of release and that a deposit will be required for surgical treatment.

Por la presente autorizo al veterinario para examinar, prescribir o tratar mi mascota. Asumo la responsabilidad de todos los gastos incurridos en el cuidado de este animal. También entiendo que estos cargos se pagarán al momento que se presten los servicios, se requerirá un depósito para el tratamiento quirúrgico y el pago total al momento que el animal es dado de alta.

Signature of owner or acting as agent for the owner: _____

Firma del dueño o persona que actúe como propietario

Date: _____

Method of Payment: _____ Credit Card _____ Check _____ Cash _____ Care Credit
Forma de pago: _____ Tarjeta de crédito _____ Cheque _____ Cash _____ Care Credit

The following people are also authorized to make decisions in regard to treatment of the pet described below:

Las siguientes personas también están autorizadas para tomar decisiones en relación al tratamiento de la mascota que se describe a continuación:

Client Information/Información del Cliente

Name: _____ Date: _____
(Last, First, Middle Initial) (Apellido, Nombre, inicial de segundo nombre)

Spouse/Partner: _____ Address: _____
Cónyuge/Pareja Dirección

City/State/Zip Code: _____
Código de ciudad/Estado/Código postal

Telephone/Teléfono: _____

Home/de Casa: _____ Work/Trabajo: _____

Cell/Celular: _____ Spouse/Partner/Cónyuge/Pareja: _____

Email: _____ Driver's License #: _____
Correo electrónico Licencia de manejo

Reason for visit: _____

Motivo de la visita

How did you learn of our practice?: _____

¿Cómo se enteró de nuestro hospital?

Pet Information/Información Mascotas

Pet's Name: _____ Type: ____ Canine ____ Feline ____ Other
Nombre de su mascota Tipo: ____ Canina ____ Felina ____ Otro

Breed: _____ Sex: ____ M ____ Neutered ____ F ____ Spayed
Raza Sexo: Macho Castrado Hembra Esterilizada

Color: _____ Date of Birth: _____ Weight: _____ Microchip: _____
Color Fecha de Nacimiento Peso Microchip

1. Has this pet been examined by a veterinarian within the past year? ____ Yes ____ No

2. Has this pet bitten anyone in the last ten (10) days? ____ Yes ____ No

1. *¿Su mascota ha sido examinado por un veterinario en el último año ? ____ Sí ____ No*

2. *¿Su mascota ha mordido a alguien los últimos días ? ____ Sí ____ No*

Please check any symptoms or problems that you have noticed about your pet:

Por favor, compruebe los síntomas o problemas que usted ha notado acerca de su mascota :

Behavior Problems <i>Problemas de Conducta</i>	Lack of Appetite <i>Falta de apetito</i>	Sneezing <i>Estornudos</i>
Bleeding Gums <i>Sangrado de las encías</i>	Limping <i>Cojear</i>	Thirst &/or Urination Increase <i>Sediento/Orinando demaciado</i>
Breathing Problems <i>Problemas de respiración</i>	Loss of Balance <i>Pérdida del equilibrio</i>	Vomiting <i>Vómitos</i>
Coughing <i>Tos</i>	Scotting	Weakness <i>Debilidad</i>
Diarrhea <i>Diarrea</i>	Scratching <i>Rascarse</i>	Weight Problem <i>Problema de peso</i>
Eye Bulging or Bloodshot <i>Problemas con los ojos</i>	Seems Depressed <i>Parece Deprimido</i>	Lethargic <i>Letárgico</i>
Gagging <i>Náuseas</i>	Shaking Head <i>Sacudir la cabeza</i>	Other <i>Otro</i>

Current Medications, if any: _____

Medicamentos actuales, en caso

Describe Pet's Diet: _____

Describe la dieta de su mascota

Prior Illness, Injury or Surgery: _____

Enfermedades anteriores, lesiones o cirugias

Allergies to Medications, Vaccinations, Food or Environment: _____

Alergias a medicamentos , vacunas , alimentos o medio ambiente