

FORMA DE REGISTRACION DE "MY PET'S VET "

TENGA EN CUENTA :

EL COSTO TOTAL POR LOS SERVICIOS BRINDADO A SU MASCOTA TIENE QUE SER PAGADO AL MOMENTO . Nosotros le prepararemos un presupuesto por escrito si así lo desea .

Entiendo que todos los costos deberan ser pagados al momento de que se le entregue la mascota y se requiere un depósito para ciertos procedimientos y hospitalizaciones . Autorizo al Hospital a brindar atención médica a mi mascota . Yo Asumo la responsabilidad de todos los cargos en la cuenta.

APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ MR.MRS.MS.DR.

ESPOSO /PAREJO (JA) CO- DUEÑO _____ MR.MRS.MS.DR.

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO (____) _____ CELULAR (____) _____

E -MAIL _____

LUGAR DE EMPLEO _____

Telefono del lugar del trabajo (____) _____

Si FUERA NECESARIO PODRIAMOS COMUNICARNOS CON USTED EN SU TRABAJO ? ____SI____NO

CÓMO SUPO DE NUESTRO HOSPITAL ? Letrero del Hospital Páginas Amarillas Periodico

Tienda de mascotas _____ Internet _____ Otro _____

Un Amigo / Otro Cliente, por favor escriba el nombre _____

RAZON DE LA VISITA DE SU MASCOTA _____

FIRMA DEL PROPIETARIO / ENCARGADO _____ Fecha: _____

LICENCIA DE MANEJO (requerido) _____

Seleccione la Forma de Pago EFECTIVO TARJETA DE CRÉDITO TARJETA "Care Credit"

Gracias por darnos la oportunidad de tratar a su mascota .

INFORMACIÓN DE LA MASCOTA

NOMBRE DE LA MASCOTA (S) _____

HEMBRA MACHO ESTA CASTRADO O ESTERILIZADA ? SÍ NO

ESPECIES : CANINA FELINO AVE REPTIL OTRO _____

RAZA : _____

COLOR _____

FECHA DE NACIMIENTO/O EDAD _____

TIENE SU MASCOTA ALGUN HISTORIAL MEDICO PREVIO QUE NOS PODRIA INFORMAR ?

GRACIAS POR SELECCIONAR NUESTRO HOSPITAL !