



Nuevo Cliente e Información del Paciente

Información del Dueño:

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Apt/Condo # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono(s): Hogar: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Móvil: (____) _____ Otro: (____) _____

Correo Electrónico: _____

Metodo de contacto preferido (Seleccione los que prefiera):

Correo Electrónico ___ Teléfono ___

Co-dueño/Otro contacto adicional:

Apellido: _____ Nombre: _____

Relación: _____ Número de Teléfono (____) _____

Información del paciente (1^{ra} Mascota):

Nombre de la mascota: _____ Edad o Fecha de Nacimiento: _____

Especies: _____ Raza: _____ Color: _____

Alergias: Y / N _____

Circle one: Macho, Castrado Macho, Intacto Hembra, Esterilizada

Hembra, intacta

Peso Hoy: _____

Estoy interesado en tener mi mascota: Recorte de uñas _____ Microchip _____

Información del paciente (2^{da} Mascota):

Nombre de la mascota: _____ Edad o Fecha de Nacimiento: _____

Especies: _____ Raza: _____ Color: _____

Alergias: Y / N _____

Circle one: Macho, Castrado Macho, Intacto Hembra, Esterilizada

Hembra, intacta

Peso Hoy: _____

Estoy interesado en tener mi mascota: Recorte de uñas _____ Microchip _____

Cómo se enteró de nosotros? _____

Autorización de Utilización de Foto:

Concedo a Animal Hospital Harborside, sus representantes y empleados, el derecho a tomar fotografías de mí y / o mi mascota, y al derecho de autor, utilizar y publicar la misma en forma impresa y / o electrónica.

Estoy de acuerdo en que el Hospital Animal Harborside puede utilizar tales fotografías de mí y / o mi mascota con o sin mi nombre y para cualquier propósito legal, incluyendo, por ejemplo, los fines tales como la publicidad, ilustración, publicidad y contenido Web.

- La entidad referida arriba puede tomar fotos de mí y / o mi mascota (s)
- La entidad referida arriba puede tomar fotos de mi mascota (s)
- La entidad referida arriba NO puede tomar fotos de mí y / o mi mascota (s)

Autorización de Pago:

Al firmar abajo Entiendo que se requiere el pago en su totalidad en la misma fecha en la que los servicios son prestados. En el caso de que el pago por cheque sea devuelto, autorizo a Animal Hospital Harborside a debitar de mi cuenta un cargo por cheque devuelto de \$ 30.00. En el caso de que yo no pague mi factura en la misma fecha en la que los servicios son prestados, entiendo que los honorarios adicionales que incluyen cargos por pagos atrasados (1.5% cargo interés mensual) y / o gastos de recaudación (40% añadido al saldo pendiente) se añadirá a la cantidad adeudada. Yo entiendo que puedo hacer cualquier pregunta que tenga con respecto a cualquier procedimiento, de diagnóstico, la vacunación o tratamiento recomendado por el veterinario Animal Hospital Harborside antes de que se lleve a cabo.

Firma: _____ Fecha: _____