



WINDSOR PARK VETERINARY CLINIC

Your Neighborhood Veterinarian

REGISTRO

Nombre:

Cónyuge / Co-Propietario:

Dirección:

Teléfono de casa:

Teléfono móvil:

Dirección de correo electrónico:

¿Como supiste de nosotros?

Emancipet Yelp Google Otra (especificar):

En caso de emergencia
Por favor llama:

Nombre:

Teléfono:

Relación:

**** POR FAVOR DEJE QUE NUESTRO PERSONAL SABER SI ALGUNO MASCOTAS SON DIFICILES DE MANEJAR ****

PET HISTORIAL DE SALUD

Nombre de mascota:

Perro

Gato

Raza:

Color:

Fecha de nacimiento

Masculino

Hembra

Esterilizados/Castrados

Intacto

Número microchip:

Desconocido

No Microchip

Nombre del hospital que su mascota ha sido vacunada (Por favor, incluya fechas y tipo de vacuna):

Los medicamentos actuales de la mascota:

Describir la dieta de su mascota:

Por favor marque (x) síntomas o problemas que tiene con su mascota:

Problemas de comportamiento

Toser

Falta de apetito

Scooting

Sacudiendo la cabeza

Sangrado de las encías

Diarrea

Cojeando

Rascado

Estornudos

Ojos saltones o inyectado en sangre

Amordazamiento

Pérdida del equilibrio

Parece estar deprimido

Aumento de la sed y/o micción

Debilidad

Problemas respiratorios

Vómitos

Otro:

AUTORIZACIÓN

Social Comunicado de prensa - ¿Es usted concede permiso para Windsor Park Clínica Veterinaria para publicar fotos de su mascota en página web y/o foros de medios sociales? Sí No

Por la presente autorizo al veterinario para examinar, prescribo, o tratar a la mascota antes descrita. Asumo la responsabilidad de todos los gastos incurridos en el cuidado de este animal. También entiendo que estos cargos serán pagados en el momento de la liberación y que un depósito puede ser requerido para el tratamiento quirúrgico.

Signature:

Fecha:

Forma de pago:

Visa

Mastercard

Discover

CareCredit

Cash