



# Pet Central Animal Hospital

## Registracion de nuevos clientes

Fecha (Dia/ mes/ ano) \_\_\_\_\_

Nombre y apellido \_\_\_\_\_ Marido/Esposa/ otros \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Numero de telefono (hogar) # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_ Movil# \_\_\_\_\_  
Correo Electronico \_\_\_\_\_

Nombre/ direccion de su trabajo \_\_\_\_\_ Nombre/direccion de su trabajo de su pareja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En Caso de EMERGENCIA, llamar a \_\_\_\_\_ Numero de tel \_\_\_\_\_

### Mascota #1

Nombre \_\_\_\_\_

gato  Perro  Otros \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_

Sexo:  Macho  Hembra

Castrado  Esterilizada Nacido/Edad \_\_\_\_\_

Su Mascota a sufrido o a sido tratado/a por alguna razon en los ultimos 12 meses?

No  Si. En caso afirmativo, explicar la razon:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Mascota #2

Nombre \_\_\_\_\_

gato  Perro  Otros \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_

Sexo:  Macho  Hembra

Castrado  Esterilizada Nacido/edad \_\_\_\_\_

Su Mascota esta bajo algun Medicamento, vitaminas, suplemento, y/o en alguna comida recetada o especial?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Como se Entero de esta Veterinaria?

Paginas Amarillas  De paso  Recomendado  Internet  Otro.

Si fue Recomendado/a nos gustaria agradecer a esa persona \_\_\_\_\_

Firmando abajo, usted asume la responsabilidad de pagar todos los gastos que pueden ocurrir con su mascota. El pago debe ser realizado al momento que su mascota es dada de alta, y en caso de cirugias y/o internacion un deposito puede ser requerido.

***EL PAGO DEBE SER ABONADO POR COMPLETO AL MOMENTO DE QUE SU MASCOTA ES DADA DE ALTA. ACEPTAMOS DINERO EN EFECTIVO O TARJETAS DE CREDITO UNICAMENTE. NO SE ACEPTAN CHEQUES.-***

Firma del propietario o responsable \_\_\_\_\_

Para uso del personal unicamente: \_\_\_\_\_ In comp \_\_\_\_\_ W.C \_\_\_\_\_ Ref C.