



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.