

REGISTRACIÓN DEL NUEVO PACIENTE

Nombre y Apellido del cliente		Información del dueño secundario del paciente	
		Esposo(a) / Pareja / El dueño del mascotas / Amigo(a) / Familiar	
Dirección Postal			
Calle	# de apartamento	Zip	Cuidad/Estado
Número de Teléfono			
Primero número de contacto:			
Secundario número de contacto:			
# Licencia / SSN		Fecha de Nacimiento del Cliente	
Correo Electrónico		¿Cuál es su método de contacto preferido? (circule uno)	
		Correo Electronio	Telefono
			Ambos
¿Nos da permiso de publicar fotos de su mascota en nuestro sitio web, Facebook o otra plataforma de redes sociales?			
¿Cómo encontró a nuestro hospital? (circule uno)			
De pasada / Amigo o Familiar / Otro Veterinario / Página web / Google			
Otro (especificar):		¿A quién le agradecemos su visita?	
Nombre del Mascota	Sexo	¿Esta esterilizado?	Fecha de Nacimiento/ Edad
		S / N	
Especie	Raza		Colores/ Marcas Especiales
¿Su mascota ha visitado un veterinario antes?			Sí / No
En caso afirmativo, nombre de la clínica y número de teléfono			
Si marcó "Sí", ¿Autoriza usted la divulgación de esos registros a Summertree Animal Clinic?			
Sí / No _____			
Firma			

Autorización para Tratamiento

Confirmar que tengo, por lo menos 18 años de edad y que soy el dueño / la dueña de la mascota (o que estoy autorizado(a) por el cuidado de la mascota). Con mi firma, autorizo a la veterinaria Summertree Animal and Bird Clinic y su personal de que examine, trate, administre medicina, dar diagnósticos, y procedimientos quirúrgicos, y si la veterinaria lo considera necesarios para el bien de mi mascota, hospitalizar a mi mascota. Yo comprendo, que excepto en caso de extrema emergencias, todo tratamiento y procedimiento se discutirán conmigo antes de proceder y que puedo solicitar un estimado en escrito. **Comprendo que debo pagar en total por los servicios administrado por la clínica Summertree Animal and Bird Clinic el día en que se administró esos servicios.** Entiendo que la clínica no acepta pagos parciales. Pagos pueden ser en efectivo, con tarjeta de Visa, MasterCard, Discover, American Express o Care Credit. Prestare al menos una forma de identificación con foto. Hay la posibilidad de que necesite un prepago para algún casos médicos o procedimientos anestésicos. Entiendo que seré responsable por cargos adicionales de interés y honorarios judiciales y de abogados, si es necesario mandar la cuenta a colectar.

Con mi firma, confirmo que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con la información anterior.

Firma

Fecha