

North Dallas Veterinary Hospital

Formulario de cliente nuevo

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Numero de telefono: _____

Numero de telefono secundario: _____

Correo electronico: _____

Metodo de contacto preferido: (mensaje de texto, correo electronico, o llamada telefonica)

Direccion de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Informacion de su mascota (s):

Nombre de su mascota: _____ Especie: _____ (gato o perro)

Fecha de cita: _____

Fecha de Nacimiento/ edad aproximada: _____

Sexo: _____ (Masculino o Femenina) Castrado/Esterilizada?: _____

Raza: _____ Color: _____

Microchip? Como adquirio su mascota?

Veterinario anterior: _____

Que tipo de comida (marca) le da a su mascota? Variedad humeda o variedad seca?

Cuanto le da de comer? Con que frecuencia alimenta a su mascota?

Historial previa de salud/conducto de su mascota?

Esta su mascota tomando algun medicamento?

Prevencion de pulgas, garrapatas, y gusano del Corazon?

Todas las tarifas se pagan al finalizarse los servicios.

Yo _____ autorizo el examen, prescripcion y/o tratamiento de mi(s) mascota(as). Asumo la responsabilidad de todos los cargos incurridos por el cuidado de esta(s) mascota(s). Acepto pagar todos los servicios hechos en el momento en que la(s) mascota(s) sean liberadas de nuestro cuidado. La falta de pago de un saldo activo resultara en un cargo por servicio del 15%.