



**TOLLESON
ANIMAL
CLINIC**

2735 S 99th Avenue Suite G-103
Tolleson, Arizona 85353
Phone: 623-936-7387 | Text: 623-471-7827 | Fax: 623 936-6295
office@tollesonanimalclinic.com
www.tollesonanimalclinic.com

Información de nuevo cliente

Nombre del propietario:		Nombre del socio:	
Dirección de Casa:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número Telefónico:		Teléfono Alternativo:	
Correo Electrónico:		¿Es usted miembro de United Pet Care? ☐ No ☐ Sí	
¿Cómo supiste de nosotros?			
Veterinario Anterior:		Nombre de Clínica:	

Nombre de Mascota:	Edad:	Raza:	Color:
	☐ Semanas ☐ Meses ☐ Años fecha de nacimiento (si se conoce):		
☐ Hembra ☐ Macho	☐ Esterilizada ☐ Esterilizado ☐ Intacto	Número de Microchip:	

Nombre de Mascota:	Edad:	Raza:	Color:
	☐ Semanas ☐ Meses ☐ Años fecha de nacimiento (si se conoce):		
☐ Hembra ☐ Macho	☐ Esterilizada ☐ Esterilizado ☐ Intacto	Número de Microchip:	

Razón de la visita:
¿Su mascota ha sido diagnosticada con alguna condición médica? Si es si, por favor indique lo que es? ☐ No ☐ Si
¿Su mascota ha tenido alguna vez una reacción adversa a algún medicamento, procedimiento o vacuna? En caso afirmativo, descríbalos. ☐ No ☐ Si
¿Su mascota está tomando algún medicamento? Si es si, por favor indique lo que es? ☐ No ☐ Si

Mi mascota puede ser fotografiada o grabada en video. La imagen de mi mascota puede ser utilizada por TAC para materiales promocionales, incluido el sitio web, materiales impresos, anuncios, cobertura de prensa, cobertura televisiva, redes sociales e Internet. ☐ Si ☐ No

Tengo al menos 18 años y soy el propietario o contacto autorizado de esta mascota. Autorizo a los veterinarios y al personal a realizar exámenes, vacunas, tratamientos y otros servicios. Entiendo que no hay garantía en cuanto a los resultados de los diagnósticos, procedimientos o tratamientos. También entiendo que es posible que un veterinario no esté presente en la clínica en todo momento y que el personal veterinario puede realizar diagnósticos y administrar tratamientos bajo la guía del médico. Entiendo que TAC no ofrece hospitalización nocturna y nuestro personal no está disponible fuera del horario habitual para atender a los animales hospitalizados. Reconozco que el pago vence en su totalidad en el momento en que se completan los servicios.

Firma _____ Fecha ____/____/____

Solo para uso de la oficina

Weight	T:	P:	R:
--------	----	----	----

