**FORMULARIO DE REGISTRO DE CLIENTES**

Propietario:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mejor teléfono diurno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DL#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo en este trabajo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Copropietario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Copropietario DL#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Copropietarios Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la mascota: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Perro Gato Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Color \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: Macho Hembra ¿Castrado? Sí No Microchip #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­\_\_\_\_\_

**¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de las necesidades de atención médica de su mascota?**

Postal \_\_\_ Correo electrónico \_\_\_ Texto \_\_\_ (mejor número a usar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

¿Cómo nos elegiste para tu atención veterinaria (marca todo lo que corresponda)?

\_\_\_ Guía telefónica \_\_\_ Facebook \_\_\_ Nuestro Signo \_\_\_ Cámara de Comercio \_\_ Cartelera

\_\_\_ Recomendado por un amigo\* \_\_\_Care Crédito \_\_\_Internet Buscar \_\_Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \*¡Nos gustaría agradecerles! Sírvase indicar su nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ayúdanos a ayudarte indicándote el nivel de servicio que te gustaría para tu mascota:

\_\_\_ 1. Por favor, use su discreción al brindar atención médica (por ejemplo, atención dental,

 baños medicados si es necesario, etc.). Seré responsable de todas las tarifas.

\_\_\_ 2. Por favor, pregunte antes de proporcionar cualquier servicio que no sea los solicitados específicamente.

Requerimos el pago en el momento del servicio. Por favor, indique su preferencia de pago:

\_\_\_\_Cash \_\_\_\_Check \_\_\_\_Credit Tarjeta \_\_\_\_Debit Tarjeta \_\_\_\_Care Crédito

\_\_\_\_I no pueden pagar por los servicios hoy.

¿Tus mascotas están aseguradas? \_\_\_ No \_\_\_ Sí ¿Qué compañía? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si no ha quedado satisfecho en otro hospital veterinario, díganos por qué para que podamos mantenerlo contento. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de la persona que presenta a esta mascota: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si usted no es el propietario, por favor indique su relación con el propietario:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ADMISIÓN**

PROPIETARIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MASCOTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Yo, siendo responsable de la mascota antes mencionada, tengo la autoridad para otorgar mi consentimiento para brindar servicios veterinarios a dicha mascota. Entiendo que tomará todas las precauciones razonables contra lesiones o daños a mi mascota. Usted no será responsable de circunstancias fuera de su control, ya que asumo todos los riesgos.

 Entiendo que si mi mascota no está al día con las vacunas para enfermedades contagiosas (moquillo / parvo / y tos de las perreras para perros; moquillo / virus de las vías respiratorias superiores para gatos) y rabia, se administrarán las vacunas adecuadas después de la hospitalización y las tarifas normales se agregarán a mis cargos. Esto es para la protección de mi propia mascota, así como de otras personas en el hospital. **Si hay pulgas en mi mascota, será tratada con la tarifa normal de este servicio.**

 Reconozco que existen riesgos y posibilidades de complicaciones en cualquier tratamiento quirúrgico o médico y al embarcar o ser aseado, y que no se puede garantizar los resultados o la cura. Doy mi consentimiento para la administración de la anestesia que el médico considere adecuada. En caso de que exista una condición desconocida que requiera el uso de medicamentos o procedimientos que salvan vidas (es decir, RCP, oxígeno, etc.), doy mi consentimiento para su uso y acepto pagar por la administración.

 Entiendo que puedo solicitar y recibiré estimaciones de tarifas en cualquier momento. Entiendo que las condiciones médicas complicadas pueden requerir pruebas y procedimientos que son difíciles de prever, y que puedo solicitar y recibir actualizaciones diarias.

 Entiendo que todos los cargos deben pagarse en su totalidad antes de que mi mascota sea dada de alta del hospital.

**Nuestro Código de Conducta:**

 *Nos comprometemos a tratarlo a usted y a su mascota con amabilidad y respeto. Esperamos que usted haga lo mismo por nosotros. Prometemos ser justos, amigables y firmes cuando sea necesario. No se tolerarán gritos ni blasfemias. Tenemos cuidado de cobrar tarifas justas y proporcionar un buen valor para usted y su mascota. Apreciamos sus esfuerzos por hacer su parte y hacerse cargo de los cargos a medida que se brindan los servicios.*

Después de revisar detenidamente lo anterior, he firmado de acuerdo:

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firmado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 MW.8.23