

All Species Animal Hospital
4075 Pleasant Hill Road
Duluth, GA 30096
678-475-1262

Emergency Examination Authorization Form and Fees

Date / Fecha: _____

Client Name / Nombre de Cliente: _____

Pet Name / Nombre de Mascota: _____

Species / Especies: _____ Breed / Criar: _____

Emergency Examination Fee / Tarifa de examen de emergencia:

Canine/Feline (Perro/Gato)	Exotics (Exotica)	Farm Animals/Primates (Animal de Granja/Primate)
\$250	\$275	\$295

I UNDERSTAND THAT ALL EXAMINATION EMERGENCY FEES ARE COLLECTED UPFRONT AND I AM RESPONSIBLE FOR ALL CHARGES / TREATMENT PROVIDED TO THIS ANIMAL

ENTIENDO QUE TODAS LAS TARIFAS DE EMERGENCIA POR EXAMEN SE COBRAN POR ADELANTADO Y SOY RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS/TRATAMIENTO PROPORCIONADO A ESTE ANIMAL

By signing below, I authorize All Species 24 Hour Animal Hospital to attempt to save and/or stabilize my pet. The cost of stabilization could cost between \$300- \$900. The cost may include but is not limited to any diagnostic tests, procedures, and medication. Any attempt to stabilize my pet requires an upfront cost of the given estimate at the time of service.

I understand that this is an estimate, and that total cost could vary depending on the needs of my pet. The estimate is only valid at this time of treatment as medical conditions change with time.

I understand that all professional fees are due at the time the services are rendered and required prior to discharge of my pet from the hospital.

Please initial your choice: _____ CPR _____ DNR

Al firmar a continuación, autorizo a All Species 24 Hour Animal Hospital a intentar salvar y estabilizar a mi mascota. El costo de la estabilización podría costar entre \$300 y \$900. El costo puede incluir, entre otros, pruebas de diagnóstico, procedimientos y medicamentos. Cualquier intento de estabilizar a mi mascota requiere un costo inicial del estimado dado al momento del servicio.

Entiendo que esto es un estimado y que el costo total podría variar dependiendo de las necesidades de mi mascota. La estimación solo es válida en este momento del tratamiento ya que las condiciones médicas cambian con el tiempo.

Entiendo que todos los honorarios profesionales vencen en el momento en que se prestan los servicios.

Por favor ponga sus iniciales en su elección: _____ Reanimación cardiopulmonar _____ No Resuscitate

Signature / Firma: _____