

**Hoja de Información del Cliente**

Gracias por elegir Boulevard Animal Hospital para el cuidado de su mascota. Por favor, complete el siguiente formulario para ayudarnos a ofrecer el mejor servicio posible. Toda la información se mantiene confidencial.

 **INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Principal): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Secundario): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de Casa:

Calle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **INFORMACIÓN DE LA MASCOTA**

Nombre de la Mascota: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especie: (Ej: Perro, Gato, Otro): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Color/Marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento/Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: ☐ Macho ☐ Hembra ☐ Castrado/Esterilizado

Número de Microchip (si aplica): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veterinario de Atención Primaria (si es diferente): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **HISTORIAL DE CUIDADO VETERINARIO**

Medicamentos Actuales (si los hay): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Alergias o Condiciones de Salud Especiales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Historial de Vacunación (si lo sabe):

- Rabia: ☐ Sí ☐ No

- Moquillo/Parvovirus (para perros): ☐ Sí ☐ No

- Moquillo Felino (para gatos): ☐ Sí ☐ No

- Leptospirosis (para perros): ☐ Sí ☐ No

- Otras Vacunas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **INFORMACIÓN DEL SEGURO DE MASCOTA (si aplica)**

Proveedor de Seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **AUTORIZACIÓN**

Por la presente, autorizo a Boulevard Animal Hospital para examinar, diagnosticar y tratar a mi mascota según lo considere necesario el veterinario a cargo. Entiendo que el pago es debido en el momento del servicio y acepto los términos y condiciones establecidos por la clínica.

Firma del Propietario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 **Para Uso de la Oficina**

- ID del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- ID de la Mascota: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Fecha de la Primera Visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Veterinario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gracias por tomarse el tiempo de llenar este formulario. ¡Esperamos poder ofrecerle un excelente cuidado a su mascota!