



Bienvenidos

ROGERS ANIMAL HOSPITAL

TODOS LOS HONORARIOS PROFESIONALES SERAN PAGADOS CUANDO LOS SERVICIOS SON RENDIDO NOSOTROS NO TIENEN PLANES DEL PAGO.

¿Cómo usted pagará hoy?: Cash Check Credit Card

INFORMACIÓN DEL DUEÑO

Dueño _____ DL# _____

Dirección _____

Ciudad _____ ST _____

Zip _____

Telefono # (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Móvil) _____

Nombre del esposo/a _____ DL# _____ Trabajo # _____

Dirección del E-mail para los recordatorios de la vacunación: _____

¿Cómo usted oyó hablar de nosotros? Yellow Pages Sign Otro

Recomendación _____

INFORMACIÓN DE MASCOTA

Nombre de mascota _____ Perro Gato Otro _____

Raza _____ Color _____ Edad _____ Fecha del nacimiento _____

Macho Castrado Hembra Operada

Nombre de mascota _____ Perro Gato Otro _____

Raza _____ Color _____ Edad _____ Fecha del nacimiento _____

Macho Castrado Hembra Operada

AUTORIZACIÓN

Autorizo por este medio al veterinario a examinar, a prescribir, o a tratar la mascota arriba descrito. La clinica y el personal no sera resonsable por problemas que puedan pasar a mi mascota, con tal que se sigan el cuidado razonable y las precauciones. Entiendo que cualquier problema que le ocurra a mi mascota mientras que estoy ausente, será tratado lo mejor posible por los veterinarios y el personal. Asumo la responsabilidad completa de todas las cargas incurridas en el cuidado de este animal. Si no recojo mi mascota en el plazo de 5 días de su fecha que indiquen y no lo notifico dentro de ese marco de tiempo, usted puede asumir que el animal doméstico está abandonado y esta autorizado por este medio a disponer de la mascota lo mejor posible.

Firma del dueño _____ Fecha _____