



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 _____