



BIENVENIDOS A VCA WARM SPRINGS ANIMAL HOSPITAL

Gracias por darnos la oportunidad de cuidar a sus mascotas. Para asegurar que su mascota(s) reciban el mejor tratamiento posible y conocerlos mejor, por favor llene esta forma, gracias.

Fecha _____

Nombre _____ Telefono Celular _____

Contacto de Emergencia _____ Telefono Celular _____

Dirección o P.O. Box _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo Electronico _____

Usted quiere confirmar la cita en su correo electronico? SI NO

Usted califica para nuestro descuento si es mayor de 65 años de edad? SI NO

Usted califica para nuestro descuento si ha servido en el ejercito militar? SI NO

Usted tiene aseguranza medica para su mascota(s)? SI NO

Por favor informe detalladamente si tiene.

Como se enteró de nosotros? _____

POR FAVOR LEER LA PÒLIZAS DE PAGO

Por Favor hacer su pago antes o directamente después de su cita. Aceptamos Cash, Debit, Visa, MasterCard, Discover, Amex, y Care Credit. Un deposito es requerido si es una cirugía de mayor riesgo o tratamiento de emergencia especialmente, si es requerido hospitalización. Nosotros no aceptamos pagos. Solo en circunstancias atenuantes que requieren la aprobación del manager. Todo saldo pendiente de pago durante treinta dias o mas esta sujeto a una carga minimo de financiamiento mensual de \$5.00 dolares. Cualquier cuenta con una carga de adeudo de noventa (90) dias esta sujeto a mandarla a una agencia de cobro incluyen los intereses.

Firma _____

DIGANOS ACERCA DE SU MASCOTA(S)

Nombre de su Mascota _____ Edad/Fecha de Nacimiento _____

Usted tiene un Perro, Gato, o Otro _____

Hembra: Esterilizada? _____ o Macho: Esterilizado? _____

Raza _____ Colór _____

Fecha de las ultimas vacunas: _____

Trae registros médicos? _____ Si no, por favor escriba el nombre del hospital que tiene sus registros medicos

Nombre de su Mascota _____ Edad/Fecha de Nacimiento _____

Usted tiene un Perro o Gato o Otro _____

Hembra: Esterilizada? _____ o Macho: Esterilizado? _____

Raza _____ Colór _____

Fecha de las ultimas vacunas: _____

Trae registros médicos? _____ Si no, por favor escriba el nombre del hospital que tiene sus registros medicos

Si tiene mas mascotas, por favor avise la recepción.

Publicidad de Fotos

Redes Sociales

Otorgo a VCA Warm Springs Animal Hospital, sus representantes, y empleados el derecho de tomar fotografía con el tema identificado anteriormente. Autorizo a Warm Springs Animal Hospital su asignación y tranferencia a derechos de autor, uso y publicación de los mismos en forma impresa o electronica.

Estoy de acuerdo en que VCA Warm Springs Animal Hospital puede usar tales fotografías con o sin mi nombre para cualquier proposito legal, incluidos por ejemplo, fines como publicidad, ilustración, publicidad y contenidos web.

Yo he leído y entendido todo:

Firma _____

Su nombre con letra de molde _____