

NEW PATIENT INFORMATION (SPANISH)

Gracias por darnos la oportunidad de cuidar a su mascota ('s). Por favor ayúdenos a mejor servirle, tomando unos momentos para llenar esta información.

Fecha: ____/____/____ Nos a "Like" en Facebook? _____

Por favor cuéntenos como nos encontró:

Información del Cliente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Cónyuge/ Otra persona responsable de mis mascotas: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número Telefónico: _____

Número Telefónico Alternativo: _____ Escoja uno: Celular ____ Casa ____ Otro ____

Correo Electrónico: _____

Me gustaría recibir mensajes a mi correo electrónico con recordatorios de tratamientos para mi mascota(s).
(Recordatorios de tratamientos también serán enviados por correo a la dirección postal)

También, me gustaría recibir mensajes electrónicos con promociones y precios especiales.

No me gustaría recibir ningún mensaje electrónico de CarePlus Veterinary Clinic.

Información de la mascota(s)

1. Nombre: _____ Especie: Perro Gato Otra: _____

Rasa: _____ Edad/Fecha de nacimiento: _____

Color: _____ Sexo (Escoja Uno): MACHO EMBRA

Esterilizada o Castrado: SI NO Embarazada: SI NO SOSPECHADO

¿Está tomando lo siguiente? Si, si escriba el nombre de la marca del medicamento:

Preventivo de paracito de corazón: SI NO; ¿Cuál? _____

Preventivo de pulgas: SI NO; ¿Cuál? _____

¿Toma Algún Otro Medicamento ('s)? _____

¿Tiene alguna alergia? No tiene ninguna alergia Si, ¿Cuál?: _____

Marque todo lo que aplique a su mascota: Se mantiene estrictamente adentro Sale afuera

Va al peluquero/ o al embarque del animal doméstico Visita parques de perros.

2. Nombre: _____ Especie: Perro Gato Otra: _____

Rasa: _____ Edad/Fecha de nacimiento: _____

Color: _____ Sexo (Escoja Uno): MACHO EMBRA

Esterilizada o Castrado: SI NO Embarazada: SI NO SOSPECHADO

¿Está tomando lo siguiente? Si, si escriba el nombre de la marca del medicamento:

Preventivo de paracito de corazón: SI NO; ¿Cuál? _____

Preventivo de pulgas: SI NO; ¿Cuál? _____

¿Toma Algún Otro Medicamento ('s)? _____

¿Tiene alguna alergia? No tiene ninguna alergia Si, ¿Cuál?: _____

Marque todo lo que aplique a su mascota: Se mantiene estrictamente adentro Sale afuera

Va al peluquero/ o al embarque del animal doméstico Visita parques de perros.

Iniciales del Cliente: _____