



Gracias por darnos la oportunidad de cuidar a su mascota.

Por favor complete la información a continuación sobre usted y su(s) mascota(s) para que podamos estar preparados para su visita. Si tiene registros de su veterinario anterior, envíalos por correo electrónico a infonorthcoastpc@gmail.com. Esperamos conocerlos a ambos y que se conviertan en miembros de nuestra familia de la Clínica de Mascotas North Coast.

Nombre(s) del propietario: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____

Teléfono celular: _____ Mensajes SMS Sí No

Teléfono de trabajo: _____ Extensión: _____

Correo electrónico: _____

Empleador: _____

Nombre de la mascota: _____ Fecha de nacimiento/Edad: _____

Por favor circule: Canino / Felino Macho / Hembra Esterilizado/Castrado: Sí / No

Raza: _____ Color: _____

Por favor enumere cualquier enfermedad crónica: _____

Autorización para el tratamiento de mascotas:

Por la presente autorizo al veterinario a examinar, recetar y tratar a mi(s) mascota(s). Asumo la responsabilidad de todos los cargos incurridos en el cuidado de este animal. Entiendo que estos cargos deben ser pagados en el momento del tratamiento y del alta y que se puede requerir un depósito para el tratamiento quirúrgico. También autorizo el uso de fotos de mi mascota para ser utilizadas en las redes sociales y el sitio web de la Clínica de Mascotas North Coast.

Firma del propietario: _____ Fecha: _____

Firma del propietario: _____ Fecha: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Información adicional de mascotas:

Nombre de la mascota: _____ Fecha de nacimiento/Edad: _____

Por favor circule: Canino / Felino Macho / Hembra Esterilizado/Castrado: Sí / No

Raza: _____ Color: _____

Por favor enumere cualquier enfermedad crónica: _____

Nombre de la mascota: _____ Fecha de nacimiento/Edad: _____

Por favor circule: Canino / Felino Macho / Hembra Esterilizado/Castrado: Sí / No

Raza: _____ Color: _____

Por favor enumere cualquier enfermedad crónica: _____

Nombre de la mascota: _____ Fecha de nacimiento/Edad: _____

Por favor circule: Canino / Felino Macho / Hembra Esterilizado/Castrado: Sí / No

Raza: _____ Color: _____

Por favor enumere cualquier enfermedad crónica: _____

Nombre de la mascota: _____ Fecha de nacimiento/Edad: _____

Por favor circule: Canino / Felino Macho / Hembra Esterilizado/Castrado: Sí / No

Raza: _____ Color: _____

Por favor enumere cualquier enfermedad crónica: _____