

¡Bienvenida/o a Sunset Eastern Animal Hospital!  
"Nos preocupamos por sus mascotas"

Nombre: Mr./Mrs./Ms../Dr. \_\_\_\_\_ Esposo/a: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: Hogar ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_  
Otro numero de teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia, las siguientes personas están autorizados/as a recoger a mi/mis mascota/s al Sunset Eastern Animal Hospital. Entiendo que como dueño/a soy responsable de realizar cualquier pago que deba

Nombre	Relación	Numero de teléfono
--------	----------	--------------------

POR FAVOR TOME EN CUENTA QUE LOS PAGOS SE REALIZAN CUANDO SE LE PRESENTE UNA ESTIMACION O AL FINALIZAR LOS SERVICIOS CON NOSOTROS

Aceptamos cheques personales, Visa, MasterCard, American Express, Discover, Care Credit y efectivo. Se requiere identificación con foto para todo tipo de pago excepto para efectivo. Por favor de presentar una licencia de conducir o documento de identidad a la recepcionista para fotocopiar y guardar en su expediente personal para nuestros registros

# de Seguro Social \_\_\_\_\_ # De Licencia \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_

INFORMACION DE SU MASCOTA

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Castrado \_\_\_\_ Ligada \_\_\_\_  
Raza: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Castrado \_\_\_\_ Ligada \_\_\_\_  
Raza: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Castrado \_\_\_\_ Ligada \_\_\_\_  
Raza: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_

Historial de vacunas: Si usted tiene historial de su mascota(s) en otro hospital, por favor de indíquenos el nombre del hospital de animales para que podamos ayudar con las necesidades de su mascota.

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿A quien le podemos agradecer por haberlo referido a nuestro Hospital de Animales de Sunset Eastern?  Amistad/vecino/a \_\_\_\_\_  Paginas Amarillas  Manejando vio nuestro hospital  Visito nuestro hospital por primera vez  Vive en el vecindario  Era cliente de nosotros  Otros \_\_\_\_\_

Autorizo Sunset Eastern Animal de tratar a mi(s) mascota(s), y acepto plena responsabilidad financiera por los servicios realizados. El pago se realiza cuando los servicios hayan sido completados.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_