



Bienvenido a Rockhill Pet Clinic! Gracias por darnos la oportunidad de cuidar a su mascota. Para ayudarnos mejor conocerlo/a a usted y a su mascota, gracias de completar la siguiente información.

### Información del cliente

**Nombre:** (Apellido primero) \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
\_Sr./Sra./Srta./Dr./Dra.

**Esposo/a o codueño/a:** (apellido primero) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Sr./Sra./Srta./Dr./Dra.

**Hijo/a(s):**

**Dirección:**

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Región (estado):** \_\_\_\_\_ **Código Zip:** \_\_\_\_\_

**Número Principal:** \_\_\_\_\_ **Casa € Celular € Trabajo €**

**Número alternativo:** \_\_\_\_\_ **Casa € Celular € Trabajo €**

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Correo alternativo:** \_\_\_\_\_

**Empresa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Cómo prefiere usted recibir notificaciones, recuerdos, y alertos? :** **Teléfono €**  
**Texto € Correo electrónico €**

**Como aprendió usted de nosotros?** **€ Facebook** **€ Búsqueda en línea**  
**€ Anuncio enfrente de la clínica**

**€ El sitio web de la clínica** **€ Recomendad por:** \_\_\_\_\_ **€ Otro:** \_\_\_\_\_

**Por favor, apunte todas las mascotas de su casa con su nombre y especie:**

### Información sobre la mascota

**Nombre de la mascota:** \_\_\_\_\_ **Edad/Cumpleaños:** \_\_\_\_\_

**Especia:** **€ Gato** **€ Perro** **Raza (si conocido):** \_\_\_\_\_

**Color:** \_\_\_\_\_ **Género:** **€ Varón** **€ Hembra Esterilizada/castrado:** **€ Sí** **€ No**

**Dónde obtuvo a su mascota?**

**Por cuanto tiempo ha sido dueño/a de su mascota?**

**Tiene microchip? € Sí € No # del chip:**

**Mi mascota: € Se queda dentro de la casa € Sale afuera con supervisión**

**Fecha de vacunas las más recientes:**

**Dónde podemos llamar para su historia médica?**

**Tiene su mascota alergias? € Sí € No Si 'sí', explique:**

**Jamás ha tenido reacciones contra vacunas específicas? € Sí € No**

**Si 'sí', explique:**

**Mi mascota come:**

Nombre de comida seca: Cantidad diaria:

Nombre de comida de lata: Cantidad diaria :

Nombre de premios : Cantidad diaria :

**Apunte las medicaciones que toma actualmente su mascota:**

**Apunte problemas y dudas actuales sobre su salud:**

**Toma su mascota prevención contra los parásitos de corazón? € Sí € No**

Fecha de la dosis más reciente: Con cuanta frecuencia se la da?

**Toma su mascota prevención contra las pulgas? € Sí € No**

Fecha de la dosis más reciente: Con cuanta frecuencia se la da?

**Quisiera recibir recuerdos sobre la prevención contra los parásitos de corazón y las pulgas?**

**€ Sí € No**

**€ Texto € Correo electrónico**

**Las entradas se deben a la hora de servicio cumplido.**

Aceptamos el efectivo, Visa, MasterCard, Discover, American Express, y CareCredit.

**Identificación con una foto se requiere para los cheques o pagos de crédito.**

En el caso de que pague con cheque o con crédito, gracias de entregarnos una copia de su identificación con una foto que podemos guardar en nuestros documentos.

Si prefiere que no guardemos su identificación en nuestros documentos, gracias de mostrárnosla a la hora de pagar.