



Homestead Animal Hospital

Formulario para Nuevos Clientes

Información del Cliente

Nombre _____ Nombre de Esposo(a) _____
Dirección _____
Calle Ciudad Estado Zip
Correo Electronico _____
Telefono #: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____
Nombre de Empleador _____ Direccion _____
Numero de Lisencia #: _____ Social #: _____
A quien les damos las gracias por referirlo? _____

Información de Mascota(s)

Mascota # 1

Nombre _____ Raza _____ Sexo _____ Spay/Neuter? _____
Edad _____ Color _____ Numero de Microchip # _____
Veterinario anterior _____ Phone # _____
Ultima Fecha de Vacuna? _____
Razon por su visita _____

Mascota # 2

Nombre _____ Raza _____ Sexo _____ Spay/Neuter? _____
Edad _____ Color _____ Numero de Microchip # _____
Veterinario anterior _____ Phone # _____
Ultima Fecha de Vacuna? _____
Razon por su visita _____

Nos enorgullecemos de la calidad del servicio y la atención médica que brindamos a usted y a sus mascotas. En un esfuerzo por mantener estos estándares y mantener los costos a un nivel razonable, requerimos pago completo por servicios en el momento del tratamiento. Ofrecemos paquetes de bienestar, que están diseñados para ayudarlo a ahorrar dinero mientras trabajamos juntos para proporcionar el mejor cuidado para sus mascotas. Cualquier miembro del personal gustosamente le ayudará a seleccionar el mejor plan para sus mascotas.

Método de pago preferido: Efectivo ____ Visa ____ M/C ____ Discover ____ AmEx ____

Revise la política: Cheques personales se aceptarán después de su visita inicial, siempre tenemos una copia de su licencia de conducir de Florida u otra identificación estatal emitido en archivo.

Habrá un cargo mínimo de \$30.00 por cheques devueltos.

Estoy de acuerdo en pagar por todos los servicios profesionales y medicamentos como son proporcionan a mi mascota. La información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa.

Propietario / Representante Autorizado

Fecha



**Autorizacion para el uso futuro y divulgacion de informacion
medica como registros medicos**

Yo autorizo el custodio de registros de: _____ a compartir informacion de mi mascota, siempre y cuando sea necesario para otro centro veterinario, todos los expedientes de la mascota antes mencionado.

Entiendo que esta autorizacion es voluntaria y que puedo retractarme de esta informacion, al incluir mi firma en este formulario. Yo garantizo que soy oficialmente el tutor y propietario de la mascota arriba mencionada. Se y entiendo que al yo firmar este documento, autorizo el uso o divulgacion de registros pretejidos y mi informacion de salud de animals de compania y que no hay reclamaciones que deben prohibir o restringir mi capacidad de autorizar el uso o divulgacion de la informacion y los registros de salud de mi mascota.

Firma del propietario

Fecha

Nombre del propietario (Imprimir)

HAH Representate