American Veterinary Hospital Inc.

2109 Tapo St., Suite 3
Simi Valley, Ca. 93063
(805)581-9111

Informacion del Cliente

Fecha:_____

Nombre:_____
Apellido Nombre Nombre de esposo/a

Direccion:_____
Calle Ciudad Estado Codigo postal

Telefono:_____ _____ _____
de casa de trabajo de cellular

Numero de licencia de conducir:_____ Fecha de Expiracion:_____

Nombre del trabajo:_____ Trabajo del esposo:_____

Occupacion: _____ Occupacion del esposo:_____

Como ha oido Ud. sobre este hospital? Letrero_____ Directorio del telefono_____

Amigo_____(nombre) Otro_____

Informacion del Paciente

Nombre:_____ Tipo (indica uno):☐Perro ☐Gato ☐Conejo ☐Rata ☐Raton ☐Pajaro ☐Tortuga

Otro_____ Raza: _____

Fecha de nacimiento:_____ Hembra o Macho?_____ Castrado? Si/No_____

Cuantos otros animales en casa? _____ _____ _____
(perros) (gatos) (otros-indica tipos)

Ha tenido alguna enfermedad or cirugia antes? Si/No _____
Describe

Esta tomando medicina ahora mismo? Si/No_____
Cual medicinas?

Ha tenido algunas de estas vacunas en los ultimos 12 meses? (Indica cuales):

(Perros) ☐DHLP ☐ Parvo ☐Rabies ☐Bordetella ☐Corona ☐Giardia ☐Rattlesnake

(Gatos) ☐Feline Leukemia ☐FDVRCC ☐Rabies ☐FIP ☐Giardia

Autorizacion de Tratamiento/Reglamento del Hospital y Descargo de Responsablilidad

Yo, el abajofirmante, autorizo al American Veterinary Hospital y al personal del mismo a examinar, diagnosticar y tratar a mi animal de compania. Entiendo que el ejercicio de la medicina veterinaria no es una ciencia exacta y por ello reconozco que no se me ha ofrecido garantia alguna con respecto al resultado del tratamiento. Eximo al American Veterinary Hospital de todas y cada una de las responsabilidades legales asociadas al examen de mi animal asi como al diagnostico y tratamiento de su estado. Estoy de acuerdo en que soy responsible del pago de todos los costes en que haya incurrido por los servicios recibidos, y que los honorarios por dichos servicios deben ser pagados en el momento de la consulta medica. Si Ud. asi lo desea, puede solicitor un presupuesto previo por los servicios.

_____ _____
Firma Fecha