



Fecha: _____

Propietario _____ Copropietario _____

¿Cómo se enteró de nosotros? Seleccione todas las fuentes:

Amigo ___ Páginas Amarillas ___ Signo ___ Refugio ___ Internet ___ Otro (por favor liste) _____

*Si un amigo o vecino te refirió, por favor escriba el nombre: _____

Dirección _____
Calle Apt Ciudad Codigo Postal

Correo electrónico _____

Telefónico Preferido (_____) _____

¿Cómo prefieres que te contacten? Texto Correo electrónico teléfono

(Cualquier información o actualización urgente siempre se hará por teléfono).

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre de la mascota: _____

Raza: _____

Edad/Fecha de nacimiento: _____

Color: _____

Macho/Hembra Esterilizado

Autorizo a TLC Pet Hospital a tomar fotos de mi(s) mascota(s) para su uso en las redes sociales y en los archivos de los pacientes.

Nos esforzamos por convertirlo en parte del cuidado de la salud de su mascota y entendemos que le gustaría estar presente para los tratamientos. Sin embargo, algunos tratamientos requieren moderación o atención especial y para su seguridad estos tratamientos deben realizarse en nuestra área hospitalaria. Todas las tarifas deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. **NO TENEMOS PLANES DE PAGO.** Se REQUIEREN depósitos para todas las mascotas hospitalizadas. Entiendo que cualquier cobro o honorarios legales incurridos serán pagados por mí y a todas las cuentas durante 30 días se les cobrará un interés del 18%.

.....

**Parte responsable de autorizar y pagar los servicios,
Por favor, firme a continuación**

Nos reservamos el derecho de terminar nuestra relación con cualquier cliente que se comporte con malos modales o muestre comportamientos agresivos con otro cliente o un miembro del personal de TLC Pet Hospital.

En el caso de que necesitemos terminar esta relación, los registros de su mascota se enviarán por correo a la dirección registrada.