

Bienvenidos!

817-478-9238 | 5820 West I-20, Arlington, TX 76017 | i20animal.com

I-20 Animal
Medical Center



Gracias por darnos la oportunidad de cuidar a su mascota. Por favor, ayúdenos a satisfacer mejor sus necesidades tomando un momento para completar esta hoja informativa.

Información del Cliente

Nombre Primero

Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre Segundo

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico (recordatorios/actualizaciones): _____

Información de Contacto del Teléfono

Primero: _____ - _____ Suplente principal: _____ - _____

Secundario: _____ - _____ Secundario Alternativo: _____ - _____

de licencia de manejo: _____ Estado de licencia: _____

Información de su Mascota

Nombre de mascota: _____ Sexo: Macho _____ Femenino _____

Esterilizado/a: Si _____ No _____ Fecha de nacimiento/Edad aproximada: _____

Perro _____ Gato _____ Otro (Especificar) _____ Raza: _____

Color: _____ Marcas: _____

Como supiste de nosotros? Manejaste por? _____ Libro de telefonos _____ Facebook _____ Internet _____

Cupón _____ Remisión _____ ¿A quién podemos agradecer por la referencia? _____

Si esta aqui por una emergencia y quisiera que nosotros mandemos por fax el historial médico a otro Veterinario, por favor proporcione los siguientes datos:

Nombre de clinica: _____ Doctor: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Cual es la razon de su visita: _____

Por la presente autorizo al veterinario a examinar, prescribir o traer al paciente anterior. Asumo la responsabilidad de todos los gastos incurridos en el cuidado del animal. También entiendo que todos los honorarios profesionales se deben en el momento en que los servicios se prestan.

Firma de cliente responsable de la mascota: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Office Use: CID# _____ Time: _____ Initials: _____