

East Lake Animal Clinic

Informacion del Cliente

Fecha: _____ Staff ID: _____

ID de cliente: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento del Proprietario: ____/____/____

N.º de teléfono principal: _____ N.º de teléfono secundario: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Por favor lea y firme en la parte inferior:

☐ Entiendo que pueden ocurrir reacciones a las vacunas, complicaciones médicas y quirúrgicas imprevistas y requerir tratamiento y/u hospitalización que podrían tener un costo adicional más allá de los costos estimados. Acepto pagar todos los servicios (incluidos todos los servicios de emergencia inmediatos) en el momento en que se presta el servicio.

☐ Acepto toda la responsabilidad por este/estos animales.

☐ Certifico que tengo 18 años de edad o más.

☐ Autorizo la divulgación de registros médicos a todas y cada una de las instalaciones que soliciten registros verbalmente o por escrito.

☐ SÍ, apruebo a East Lake Animal Clinic el derecho a tomar fotografías de mi(s) mascota(s). Acepto que ELAC pueda usar dichas fotografías de mi(s) mascota(s) para cualquier propósito legal, incluidos, por ejemplo, fines como publicidad, ilustración, publicidad. y contenido del sitio web. Los nombres de los clientes nunca serán compartidos. Si en algún momento desea que se elimine la foto o la historia de su mascota, avise a nuestro personal.

☐ NO, no apruebo que East Lake Animal Clinic tome fotografías de mi(s) mascota(s)

Firma del propietario/agente autorizado:

x _____

Nombre (en letra de molde):

x _____

_____ Sólo Personal _____

☐ Todas las fechas de vacunación han sido verificadas y registradas en computadora.

☐ El paciente tiene un microchip y el número del microchip está marcado en la computadora.

00/00/00 Spanish Client registration form 2024 East Lake Animal Clinic

East Lake Animal Clinic