

Bienvenido a Brodie Animal Hospital

Nombre del Dueño: _____
Primario Inicial Apellido

Dirección: _____ **Código Postal:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____

Correo Electrónico: _____

¿Le gustaría recibir mensajes sobre su mascota por correo electrónico? **Sí** **No**

Teléfono fijo: _____ **Teléfono móvil:** _____

Teléfono del trabajo: _____ **Teléfono adicional:** _____

Otra persona en la cuenta: _____ **Teléfono de la persona:** _____

Trabajo: _____ **SS#:** _____ **# de Licencia:** _____

¿Fué referido a la clínica? **Circule:**

AAHA **Páginas amarillas** **Ciente:** _____ **Otro:** _____

Mascota #1	Mascota #2
Nombre: _____	Nombre: _____
Sexo: Macho Castrado Hembra Esterilizada	Sexo: Macho Castrado Hembra Esterilizada
Nacimiento: ___/___/___ Edad: ___Yr ___Mo	Nacimiento: ___/___/___ Edad: ___Yr ___Mo
Especie: Canino Felino Otro: _____	Especie: Canino Felino Otro: _____
Raza: _____	Raza: _____
Color: _____ Marcas: _____	Color: _____ Marcas: _____
Veterinario Previo: _____	Veterinario Previo: _____
Ciudad _____ Estado _____	Ciudad _____ Estado _____
Peso: _____ Microchip Sí No	Peso: _____ Microchip: Sí No

Todo servicio médico y profesional debe ser pagado al momento.

Como dueño de la(s) mascota es responsable de pagar los servicios que se hacen en Brodie Animal Hospital. Los balances que no se salden se cobrarán cuando la administración crea necesario y/o puede tener una penalidad de \$ 30.00 como servicio administrativo. A cada cuenta que no se pague, se le añadirá un interés mensual de 1.5% a cada balance.

Le agradecemos que nos permita asistir con el cuidado de su mascota y esperamos poder continuar asistiéndole en el futuro. Si tiene alguna pregunta sobre la salud de su mascota nos puede llamar en confianza.

Estoy de acuerdo con los argumentos presentados.

Firma: _____

Fecha: _____